

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884

N°

127

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 15 février 1884, à 1 heure

Par GOUTIERRE-CACHERA,

Né à Cambrai (Nord), le 6 février 1856.

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris,

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DES

PLEURÉSIES CLOISONNÉES

Président : M. le professeur Damaschino.

Juges : MM. { Potain, professeur,
Straus, agrégé,
Terrillon, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LE MANS

IMPRIMERIE ALBERT DROUIN

5, RUE DU PORC-ÉPIC, 5

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BÉCLARD.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		SAPPEY.
Physiologie.....		BÉCLARD.
Physique médicale.....		GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....		WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DAMASCHINO.
		PETER.
Pathologie chirurgicale.....		GUYON.
		DUPLAY.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		ROBIN.
Opérations et appareils.....		LE FORT.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		BOUCHARDAT.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....		N..
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....		VULPIAN.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		HARDY.
		POTAIN.
		JACCOUD.
		N..
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....		RICHEL.
		GOSSELIN.
Clinique chirurgicale.....		VERNEUIL.
		TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		PAJOT.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honorair

M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HANOT.	PINARD.	A. ROBIN.
BOUILLY.	HENNINGER.	POUCHET.	SEGOND.
BUDIN.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	STRAUS.
CAMPENON.	HUMBERT.	RAYMOND.	TERRILLON.
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	REMY.	
GUEBHARD.	KIRMISSON.	REYNIER.	
HALLOPEAU.	DE LANESSAN.	RIBEMONT.	
	LANDOUZY.	RICHEL.	
	PEYROT.	RICHELOT.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND-MÈRE.

A MON GRAND-PÈRE.

A MA MÈRE.

A MA SŒUR. A MON FRÈRE.

A MES PARENTS. A MES AMIS.

A M. LANCELLE, Avocat.

A MON FILLEUL FERNAND.

A LA MÉMOIRE DE MON AMI REVERDI,

Externe de l'hôpital des Enfants-Malades,

Mort de diphthérie. Janvier 1880.

A M. LE PROFESSEUR LE FORT,

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Membre de l'Académie de Médecine.

A M. LE DOCTEUR DUGUET,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR DAMASCHINO,

Professeur de Pathologie interne à la Faculté de Paris,

Médecin de l'hôpital Laënnec.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

MM. les Docteurs BLUM, DESNOS, GÉRIN-ROZE,

RECLUS, GILLETTE, CHAUFFARD.

DES PLEURÉSIES CLOISONNÉES

Parmi les nombreuses observations que nous avons recueillies dans le cours de nos études médicales, nous avons choisi deux cas de pleurésie cloisonnée pour faire de cette question le sujet de notre thèse inaugurale. Nous regrettons de ne pouvoir apporter à l'appui de notre travail un nombre plus considérable de faits personnels; mais la rareté des cas bien observés sera notre excuse et nous espérons que, réunies à celles que nous avons pu recueillir dans les auteurs, nos observations nous fourniront une base assez solide pour le sujet que nous nous sommes proposé.

Nos observations se rapportent les unes à des cas dans lesquels le diagnostic a pu être fait au lit du malade à l'aide des seuls signes physiques, diagnostic qui plus tard a été confirmé, soit par l'examen nécroscopique, soit par la marche de la maladie; ces observations sont malheureusement peu nombreuses encore dans la littérature médicale; elles se multiplieraient pourtant si des travaux ultérieurs et présentés avec une autorité que nous n'avons pas, rappelaient l'attention sur cette question. Dans d'autres cas, le cloisonnement de l'épanchement n'a été reconnu qu'après une ponction et même à la suite de ponctions successives qui sont déjà, comme l'a dit M. le professeur Jaccoud, une sorte d'autopsie de l'épan-

chement; ces observations contiennent des faits intéressants à connaître pour la marche et le traitement de la maladie. Les dernières manquent de renseignements cliniques suffisants; l'état de la plèvre n'a pas été soupçonné pendant la vie; elles ne présentent qu'un intérêt assez restreint; elles ne constituent en somme que des surprises de la table d'amphithéâtre.

Arrivé au terme de nos études, nous profitons de cette occasion pour remercier tous ceux qui ont été nos maîtres dans les hôpitaux des bonnes leçons qu'ils nous ont données et de la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Nous adressons tout spécialement l'expression de notre reconnaissance à M. Duguet qui fut notre premier maître; nous la lui devons à plus d'un titre, pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté, pour les encouragements et les bons conseils qu'il nous a donnés dans le cours de nos études et pour la bienveillance avec laquelle il nous a servi de guide à l'occasion de ce travail, inspiré par lui.

Nous remercions aussi M. le professeur Damaschino de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

L'histoire clinique des pleurésies cloisonnées ne date que de ces dernières années ; aussi ne comporterait-elle pas la nécessité d'un chapitre spécial, si nous ne nous propositions d'y étudier l'histoire des épanchements au point de vue de leur disposition dans la plèvre ; ce qui nous permettra de limiter notre sujet en établissant nettement la distinction entre les pleurésies enkystées, les pleurésies cloisonnées et les pleurésies aréolaires ; dans les mémoires récents parus en Italie, la confusion nous a semblé faite entre ces variétés.

Auenbrugger croyait tous les épanchements aussi libres dans la plèvre que l'ascite dans le péritoine et il considérait le déplacement du niveau supérieur du liquide avec les variations de position du malade comme un signe pathognomonique : « Variatur tunc sonitus « evocatus pro vario situ ægri, quem assumere capax « fuerit, ita ut observet rationem liquidi sese ad libellam « componentis. »

Piorry considérait aussi comme constante cette mobilité du liquide dans les évolutions que l'on faisait exécuter au malade dans son lit, et Damoiseau nous dit, dans sa thèse, qu'au commencement du siècle on faisait placer alternativement le malade sur le côté opposé, dans la position assise, sur le dos, à quatre pattes même pour limiter de nouveau l'épanchement.

Dans son *Mémoire* de 1843, Damoiseau, élève de Piorry, affirme avoir presque toujours inutilement recherché cette mobilité de l'épanchement ; il ne l'avait trouvée qu'une seule fois dans les douze observations qu'il rapporte. Cette mobilité n'appartient en réalité qu'à l'hydrothorax et aux épanchements qui par leur peu de richesse en fibrine se rapprochent de l'hydrothorax ; les épanchements consécutifs à une inflammation aiguë et par conséquent fibrineux ne jouissent d'aucune mobilité. Damoiseau eut le mérite de bien montrer l'enkystement de l'épanchement dans les pleurésies franches. M. le professeur Peter, dans une de ses cliniques en 1869, insiste avec raison sur les propriétés adhésives des épanchements fibrineux qui sont incapables d'obéir à la pesanteur et il a montré toute l'importance de ce signe au double point de vue du diagnostic et du pronostic.

Toute pleurésie franche fibrineuse est donc enkystée ; Damoiseau connaissait bien le kyste pleurétique, et pour le retrouver dans toutes les autopsies, il indique avec soin les précautions à prendre lorsque l'on enlève le plastron sternal.

L'enkystement des pleurésies que Damoiseau démontrait, Audral l'avait déjà observé cliniquement ; il rapporte, en effet, des cas de ces pleurésies enkystées du sommet ou de tout autre point de l'espace costo-pulmonaire, qui, en raison de leur nature franchement fibrineuse, évoluent sur place, l'épanchement ne pouvant gagner les parties déclives.

Dans ces pleurésies, l'enkystement est contemporain de l'inflammation, dans les pleurésies cloisonnées, au contraire, des adhérences, reliquat d'une inflammation

antérieure, isolent par limitation des étendues plus ou moins considérables de l'espace pleuro-pulmonaire et formant ainsi des loges souvent indépendantes les unes des autres qui cloisonnent l'épanchement.

Les pleurésies cloisonnées ne furent pendant longtemps étudiées qu'au point de vue purement anatomique ; c'est ainsi que les connaissait Laënnec ; du reste il ne distinguait pas en l'absence d'égophonie les pleurésies enkystées des tumeurs du poumon, car il ignorait la valeur sémeiologique de la disparition des vibrations thoraciques, sur laquelle Monneret devait plus tard insister.

La vulgarisation de la thoracentèse appela forcément l'attention sur cette variété de pleurésies en raison de la manière toute particulière dont elles se comportent pendant l'opération ; c'est à ce point de vue que Trousseau, (*tome I^{er}*, éd. de Peter, p. 813), dans la clinique de l'Hôtel-Dieu, les distingua des pleurésies *aréolaires*. Ces dernières furent étudiées par M. Moutard-Martin en 1872 puis en 1875 dans une thèse inspirée par lui (Thèse de Delacou) ; il faut les considérer comme une infiltration oedémateuse des fausses membranes pleurales, analogues en tous points à l'œdème du tissu pulmonaire ; le liquide contenu dans d'étroites aréoles ne peut s'en écouler que goutte à goutte, elles méritent donc à peine le nom de pleurésies.

En 1879, avec la communication de M. le professeur Jaccoud à l'Académie de Médecine commence l'histoire clinique des pleurésies cloisonnées ; cette lecture fut suivie d'une mémorable discussion à laquelle prirent part Maurice Reynaud, Woillez, Guéneau de Mussy et Moutard-Martin. A l'étranger, elle donna lieu à plusieurs

mémoires importants, surtout en Italie; nous citerons surtout ceux de Danesi, de Maragliano et de Luigi Concato, mais ces auteurs ont surtout envisagé la question au point de vue anatomo-pathologique. Les observations qu'ils rapportent sont d'ancienne date et manquent souvent d'intérêt clinique; néanmoins, on consultera ces travaux avec quelque profit.

On trouvera à la fin de notre thèse le résumé des deux principales observations du mémoire de Concato.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Personne ne s'avise plus de considérer les adhérences pleurales, ainsi qu'on l'a fait autrefois, comme autant de ligaments naturels reliant les deux feuillets de la plèvre et de même nature que le ligament triangulaire. Laënnec leur donnait quelquefois le nom de *pus concret*, parce que, d'après lui, le pus concret seul peut se transformer en tissu cellulaire; aussi croyait-il que les pleurésies avec adhérences sont presque toujours purulentes.

Nous n'étudierons pas en détails la formation de ces adhérences, nous nous contenterons de rappeler que les épanchements riches en fibrine à leur début, agglutinent par place les feuillets opposés de la plèvre et permettent la formation de fausses membranes; celles-ci sont bientôt pénétrées par des bourgeonnements vasculaires qui, partis des parois opposés, viennent s'aboucher et se confondre dans leur épaisseur; elles servent donc de support aux néomembranes en formation, qui, elles, persisteront à titre définitif. Ce n'est donc pas la fausse membrane elle-même qui s'organise, elle est destinée à disparaître après avoir subi la dégénérescence granulo-graisseuse qui en facilite la résorption.

Au début les néomembranes sont molles, imprégnées

de liquide, faciles à rompre; plus tard, elles acquièrent de la consistance, se transforment en un véritable tissu cellulaire et deviennent presque sèches. A partir de ce moment les épanchements qui se feront dans la plèvre auront naturellement une disposition subordonnée aux adhérences qui les limitent et ils seront divisés en loges plus ou moins indépendantes.

Andral avait étudié expérimentalement sur la plèvre du lapin le travail d'organisation des adhérences; il l'avait vu quelquefois s'opérer avec une remarquable rapidité. En irritant la plèvre avec de l'acide acétique, il avait trouvé au bout de dix-neuf heures les deux feuillets réunis par des membranes molles et minces parcourues par des lignes rougeâtres s'anastomosant à la manière de vaisseaux; mais sur d'autres lapins placés dans les mêmes conditions, il n'avait rien obtenu de semblable, même après un temps beaucoup plus long. Il rapprochait ce fait de cet autre, à savoir que, dans les autopsies, l'on rencontre quelquefois déjà des adhérences chez des sujets morts de pleurésie au bout d'un très petit nombre de jours, tandis qu'on n'en trouve pas de trace chez d'autres qui ont succombé au bout de plusieurs mois.

Une fois formées, ces adhérences établissant par leurs vaisseaux propres une relation entre la circulation de la plèvre pariétale et de la plèvre viscérale et par conséquent entre les branches des artères intercostales d'une part et les vaisseaux du poumon d'autre part; il en résulte un mode de circulation tout nouveau pour la plèvre, une indépendance circulatoire plus grande entre les différentes parties de la séreuse, et c'est ce qui peut expliquer comment des épanchements qui se sont faits en même temps dans plusieurs loges, n'évoluent pas parallèlement,

pari passu. En effet, à l'autopsie, on trouve souvent dans ces cavités des liquides de nature différente, ici de la sérosité pure, là du pus. Concato, discute longuement la question de savoir si dans ce cas les épanchements ont été contemporains, ou s'il se sont produits l'un après l'autre ; cet auteur n'hésite pas à se ranger à cette dernière hypothèse dans le cas où la maladie a eu deux phases bien distinctes pour la gravité des symptômes et l'acuité des souffrances ; les choses se passeraient alors absolument comme dans la péritonite chronique, et en particulier dans la forme tuberculeuse ; la maladie procédant par poussées successives.

Quoiqu'il en soit, certaines pleurésies cloisonnées paraissent subir plus facilement que d'autres la transformation purulente, mais cette prédisposition fâcheuse tient surtout à l'état général des malades chez lesquels on les rencontre le plus fréquemment et qui sont souvent des diathésiques.

La disposition cloisonnée est fréquente dans les pleurisies cancéreuses ; en dehors du cancer de la plèvre et du poumon. M. R. Moutard-Martin, n'aurait relevé que deux cas de pleurésie hémorrhagique cloisonnée. (L'obs. VII, serait une remarquable exception). Ce fait expliquerait la quantité progressivement décroissante de liquide que l'on extrait par les ponctions successives et l'inefficacité relative de la thoracentèse ; dans un cas d'épanchement hémorrhagique, il fournirait donc un argument d'une certaine valeur en faveur du cancer. S'il fallait donner une explication de ce cloisonnement progressif de la plèvre, M. Moutard-Martin, l'attribuerait à la fréquence des ponctions nécessitée par la durée souvent longue de la phlegmasie ; le néoplasme provoque des

poussées successives et des épanchements répétés, tandis que la pleurésie hémorrhagique simple peut guérir après une seule ponction ; or, après chaque évacuation de liquide, les feuillets de la plèvre reviennent au contact, mais les nodosités cancéreuses qui les tapissent constituent autant d'inégalités rugueuses qui déterminent à chaque mouvement respiratoire des frottements et une inflammation irritative de la séreuse aboutissant au cloisonnement.

Nous n'étudierons pas la disposition des cloisons principales, cette étude est de peu d'intérêt, nous dirons seulement que lorsqu'elles sont peu nombreuses, elles affectent une direction horizontale au niveau de la troisième ou de la quatrième côte ; d'autres fois, les cloisons deviennent plus ou moins parallèles à l'axe du corps et les loges sont alors superposées d'avant en arrière ; mais bien souvent, des cloisons principales partent des travées de deuxième et de troisième ordre dont la disposition échappe à toute description.

Les adhérences une fois constituées, tout est disposé pour que les épanchements qui se feront à l'avenir soient cloisonnés. Toutefois dans les cas de pleurésies partielles, l'épanchement peut n'occuper qu'une seule de ces loges, et s'il siège au sommet, il y sera enkysté et en quelque sorte suspendu dans la cavité par les adhérences qui le limitent. Si au contraire, la pleurésie est plus générale, elle sera toujours cloisonnée et suivant les cas biloculaire ou multiloculaire, ce sont ces variétés que nous allons étudier.

ÉTUDE CLINIQUE ET MARCHE

Les pleurésies cloisonnées font partie de cette classe de maladies desquelles on a pu dire qu'elles se font en plusieurs actes, et, en effet, lorsqu'on interroge son malade, on retrouve souvent, en remontant dans le passé, la première affection de la plèvre qui a préparé le cloisonnement. D'autre fois au contraire, les commémoratifs sont muets sous ce rapport, mais la pleurésie adhésive n'en a pas moins existé; Andral, avait déjà remarqué la fréquence de ces inflammations circonscrites de la plèvre qui souvent ne donnent lieu à aucun phénomène fébrile, ne troublent en aucune manière l'ensemble des fonctions et ne s'annoncent que par la douleur plus ou moins vive en un point limité des parois thoraciques; elles passent alors inaperçues. D'autres fois enfin, les adhérences, bien qu'antérieures à l'épanchement, font partie de la maladie actuelle qui a évolué en deux phases, l'épanchement n'ayant succédé que tardivement à la forme sèche.

Quel que soit le mode de début, les symptômes fonctionnels ne diffèrent aucunement de ceux des formes ordinaires de la pleurésie; aussi leur étude ne nous sera-t-elle que d'un très faible secours pour le diagnostic. Les frissons du début, la fièvre, les points de côté, la toux sèche et quinteuse, la sensation de pesanteur dans le côté, la dyspnée, l'oppression accusés par

le malade ne présentent aucun caractère particulier; d'autres fois, la plupart de ces symptômes manquent et la pleurésie est latente. Les points de côté semblent pourtant plus tenaces dans quelques cas et moins localisés à la partie latérale inférieure du thorax; le malade (Obs. I, V), se plaint de douleurs en nappe dues probablement au tiraillement des adhérences par l'épanchement.

Tout l'intérêt de l'étude clinique se concentre dans la recherche et l'interprétation des signes physiques. Étudions donc quelles sont les conditions spéciales créées pour le poumon, les organes voisins et pour l'épanchement lui-même, par le cloisonnement de la plèvre.

Concato insiste avec raison sur les deux particularités suivantes : d'abord, l'épanchement a rarement l'abondance qu'il acquiert dans la pleurésie uniloculaire; il a nécessairement pour limites la distention extrême des brides membraneuses qui le cloisonnent. De plus, la division du liquide exsudé diminue de beaucoup ses effets de compression sur le poumon et sur les organes voisins; la compression sera d'autant moindre, toutes choses égales d'ailleurs, que le nombre des cloisons sera plus considérable et que l'exsudat sera réparti dans un plus grand nombre d'entre elles, car dès lors le refoulement du poumon en masse n'est plus possible, et cet organe ne subit plus que des compressions partielles et par conséquent peu efficaces; à ce point de vue, la pleurésie biloculaire doit différer très peu de l'uniloculaire. En revanche, des adhérences peuvent produire de véritables dislocations des organes et surtout du cœur, déplacements définitifs et sans retour possible à la position normale.

L'épanchement peut avoir des tensions différentes dans une ou plusieurs loges, d'où les voussures partielles observées par M. Moutard-Martin, (Obs. III) voussures qui révèlent l'existence de véritables kystes pleurétiques dans la pleurésie générale.

En même temps qu'à l'inspection du thorax, on constatera ces voussures partielles et l'effacement des espaces intercostaux correspondants, on pourra également observer l'immobilité dans certaines régions, et l'on sait tout le parti que M. le professeur Jaccoud a tiré de l'inversion des mouvements respiratoires dans la région sous-mamelonnaire d'un seul côté pour le diagnostic si important des adhérences du diaphragme aux arcs costaux.

La percussion nous donnera aussi parfois des résultats remarquables ; la matité qui correspond aux épanchements sera interrompue par des zones de submatité ou même de sonorité normale ; ces différences sont dues aux nouvelles conditions physiques dans lesquelles les adhérences sont susceptibles de placer l'appareil pleuropulmonaire.

Les meilleurs signes nous seront fournis par la recherche des vibrations thoraciques ; son importance dans la pleurésie avait échappé à Laënnec ; Raynaud, puis Monneret montrèrent leur disparition au niveau des épanchements ; la question a été récemment étudiée dans une thèse inspirée par M. le professeur Laboulbène (thèse de Fiselbrand, 1876.)

Mais pour obtenir des vibrations tout ce qu'elles peuvent donner dans ces cas, il ne faut pas poser toute la main à plat sur la paroi thoracique, car alors les sensations locales obtenues dans les différents points du

contact se confondent dans une sensation générale. Il faut, comme le propose M. Jaccoud et comme nous l'avons vu souvent faire par M. Duguet, appliquer seulement le bord cubital de la main ou la pulpe des doigts sur la paroi; par ce moyen, on obtient des notions très précises sur l'état des vibrations en des points très rapprochés. M. Laboulbène recommande de les chercher avec la pulpe des deux doigts écartés, car alors elles peuvent être perçues par l'un des doigts, non par l'autre.

La valeur sémeiologique des vibrations, lorsqu'elles persistent partiellement dans les pleurésies, a été très discutée; le débat a surtout porté sur la possibilité de la transmission des vibrations à la paroi par les fausses membranes tendues, et sur ce point, disons-le tout de suite, la question n'est pas encore jugée pour beaucoup de cliniciens. Woillez considérait comme parfaitement correct le principe de la transmission des vibrations intra-pulmonaires jusqu'aux parois thoraciques par des brides d'adhérences tendues en forme de cordes.

Il en résulte que si l'épanchement est assez abondant pour refouler le poumon au maximum compatible avec la présence des cloisons, ces adhérences tendues et rigides auront une certaine analogie avec les solides de l'économie et dès lors, remplissant les conditions d'une bonne conductibilité, formeront à travers l'épanchement comme autant de points par où les vibrations peuvent arriver jusqu'à la paroi; tandis qu'au-dessus et au-dessous le liquide interposé empêchera la transmission. Les vibrations seront d'autant plus fortes que les adhérences seront plus courtes et maintiendront le poumon plus rapproché de la paroi; à plus forte raison, lorsqu'une lame de poumon sera maintenue au contact

intime de la paroi par adhésion directe. Si au contraire les fausses membranes sont molles, infiltrées de fibrine et de pus, elles éteignent ou tout au moins atténuent très notablement les vibrations.

Il est enfin une considération plus importante, c'est que l'intensité avec laquelle les vibrations peuvent être perçues à l'état normal varie avec chaque sujet; l'embonpoint, l'épaisseur des parties molles recouvrant les saillies osseuses, amortissent en partie ces vibrations; la gracilité de la voix est une condition défavorable à leur production; il est donc des sujets chez lesquels la poitrine vibre peu, les femmes par exemple; les signes tirés de la recherche des vibrations seront donc chez elles d'un très faible secours et les pleurésies cloisonnées seront alors d'un diagnostic plus difficile.

L'auscultation nous permettra d'entendre des souffles d'intensité variable, suivant le degré de compression différente des parties du pöumon où ils se produisent; il sera surtout important de rechercher si la résonnance de la voix est la même dans tous les points; l'absence de la pectoriloquie aphone, tandis qu'on l'aura constatée dans les régions voisines dénoterait l'existence du pus dans la loge correspondante; le signe de Baccelli aurait surtout une grande valeur, s'il était accompagné des modifications habituelles de l'état général.

La guérison prochaine pourra être annoncée, si après avoir perçu en un point les signes d'un épanchement, on constate leur disparition suivant la série progressivement descendante des signes des épanchements pleuraux.

Les signes dont nous venons de déterminer la valeur sémeiologique se groupent de différentes manières et

les cliniciens ont pu créer des types qui pour eux résument les principales dispositions des épanchements dans les pleurésies cloisonnées.

M. Jaccoud en admet deux principaux.

1^o Sur un côté du thorax, on constate les signes d'un épanchement total, les vibrations sont conservées dans toute l'étendue d'une bandelette plus ou moins haute qui se dirige suivant un trajet demi-circulaire du rachis vers le sternum et sépare deux zones où les vibrations sont abolies; à ce niveau la voix et la respiration ont le caractère bronchique. (Obs. I, II.)

Cette disposition signalée par M. Jaccoud, sur le vivant, fut vérifiée d'abord par deux ponctions, puis par l'autopsie. Dans notre observation, la marche de la maladie, la réapparition des vibrations, la régression successive des deux souffles, le frottement qui persista pendant plus d'une semaine donnèrent au diagnostic une confirmation absolue.

2^o Le deuxième type se rapporte aux pleurésies vraiment multiloculaires, « les vibrations sont conservées, mais plus ou moins affaiblies dans toute l'étendue de la matité, sauf parfois dans une zone d'un ou deux travers de doigt à la partie inférieure du thorax en arrière; en même temps, il y a matité absolue dans toute la région diaphragmatique, souffle bronchique éclatant et bronchophonie forte, pas de tympanisme sous-claviculaire, déplacement des organes. »

M. Jaccoud en rapporte quatre exemples. Concato nie formellement dans son mémoire qu'il soit possible de reconnaître cette variété de pleurésies cloisonnées; comme d'autre part, c'est surtout sur l'existence de cette forme qu'a porté la discussion de l'Académie et que nous n'a-

vons pas trouvé dans les mémoires publiés depuis d'observation qui s'y rapporte, nous avouons n'avoir pas d'éléments suffisants pour juger la question.

3^o M. Moutard-Martin a proposé d'admettre un autre type. Tous les signes d'un épanchement abondant existent, matité absolue dans tous les points du thorax en avant comme en arrière et latéralement; le côté est bombé dans toute son étendue, les espaces intercostaux effacés, mais un point surtout appelle l'attention, c'est une prééminence notable de la région antérieure avec matité absolue jusque dans la clavicule, absence de respiration, souffle tubaire éloigné dans les parties supérieures du thorax. Cette saillie suffit souvent pour faire diagnostiquer une pleurésie cloisonnée antérieure. Ce type serait pour l'auteur plus fréquent que les autres; il en cite trois faits (Obs. III et IV) et on a observé quelques autres cas moins probants.

La marche de ces pleurésies est essentiellement subordonnée à l'état général du sujet et aux lésions locales qui tiennent l'épanchement sous leur dépendance. La terminaison la plus favorable, la guérison, laisse souvent après elle comme reliquat de nouvelles adhérences et des rétractions partielles de la paroi. Puis viennent, par ordre de gravité croissante, le passage à l'état chronique et la transformation purulente. Celle-ci s'annonce par les symptômes habituels, élévation de la fièvre, frissons irréguliers, perte d'appétit, altération des traits, sécheresse de la langue, affaiblissement marqué, sueurs, etc.

Le pus une fois formé doit être éliminé de chacune des cavités où il est contenu, c'est alors que la ponction est d'une urgence absolue; d'autres fois, une ou plusieurs des collections purulentes trouvent une issue vers les

bronches et sont évacuées sous formes de vomiques, moins souvent pourtant que dans la pleurésie interlobaire. Dans deux de nos observations (Obs. VIII et IX) les vomiques se sont produits après la thoracentèse, évacuant ainsi des cavités où le trocart n'avait pas pénétré.

OBSERVATION personnelle I. — Recueillie dans le service de M. Duguet.

Pleurésie cloisonnée biloculaire chez un sujet lymphatique ; Guérison.

Barraud Paul, employé de commerce, 30 ans, né à Seillière (Jura), entre le 25 novembre 1883, salle Saint-Vincent, 8, hôpital Lariboisière.

Cet homme est grand, fort, assez vigoureux. Son père est mort de vieillesse ; il a perdu sa mère, à la suite de 2 ans de maladie, d'une affection de poitrine qu'il ne peut déterminer.

Il n'a jamais eu de maladie grave. Marin pendant 5 ans, il a passé plus de 3 ans en Cochinchine, il n'y a pas eu de fièvres intermittentes, ni de dyssenterie et ne s'est jamais plaint que de quelques douleurs rhumatismales. Il est rentré en France à la fin de son congé, il y a 3 ans, et a pris une place de comptable. Il est allé en Angleterre où, pendant 2 ans, il a géré en sous-ordre un grand hôtel. Rentré en France en mai 1883, avec une certaine somme d'argent qu'il a malheureusement perdue en peu de temps, il a quelque peu souffert moralement et physiquement par suite de privations. Il est, paraît-il, d'une sobriété exemplaire et ne présente pas du reste de symptômes d'alcoolisme, pas non plus d'antécédents syphilitiques.

En Angleterre, il a eu quelques bronchites et s'est plaint de quelques points de côté, il toussait par moments ; rien en somme de bien grave.

Depuis 1 mois 1/2, il est malade, peut-être à la suite d'un

refroidissement, mais il ne peut préciser au juste dans quelles circonstances. Il a en ce moment quelques frissons, de la fièvre, plusieurs points de côté au niveau des dernières côtes gauches, depuis cette époque, il dort moins bien, il a une toux sèche et et quinteuse sans expectoration ; il est essoufflé à la moindre fatigue et respire moins librement ; il a perdu l'appétit pendant quelques semaines et a notablement maigri.

Depuis le début de sa maladie et probablement pour la même cause, des refroidissements répétés dans un rez-de-chaussée humide, il se plaint de douleurs articulaires plus vives que celles qu'il ressentait auparavant. Son médecin diagnostique une légère attaque de rhumatisme et une pleurésie à la base de la poitrine gauche, puis poussant plus loin ses investigations, il fut effrayé par un souffle énorme qu'il entendit au sommet gauche et dit au malade qu'il était aussi phtisique, bien que ce diagnostic fût en quelque sorte incompatible avec le rhumatisme et avec le bon état général de toutes les fonctions.

Le malade suivit le traitement indiqué, subit quelques vésicatoires ; enfin, voyant que la maladie se prolongeait, il se présenta à la consultation où l'on fut frappé par les résultats que donnait l'auscultation et on lui conseilla d'entrer au service.

A son entrée, le malade a encore quelques douleurs articulaires, le genou droit contient même un peu de liquide, il a de plus un peu de myosite du triceps sural droit caractérisée par de l'empâtement des masses musculaires et une douleur très vive à la pression, et lorsqu'on relève la pointe du pied. Il a un facies de rhumatisant, il est pâle, un peu bouffi, sa peau est moite et couverte de sueurs. Son état général est bon ; l'appétit est conservé et il mange 4 portions, il dort bien, mais il tousse et expectore en assez grande abondance des crachats spumeux, sans caractère spécial. Il se plaint surtout de ses points de côté qui siègent à la partie inférieure du thorax, mais se font aussi sentir plus haut jusque dans l'aisselle gauche.

Urine 1 litre, sans albumine, pas de diarrhée, pas de sueurs nocturnes.

Une pustule d'ecthyma siège au niveau de la région trochanterienne droite.

A l'examen de la poitrine, on constate :

A gauche, en arrière, la gouttière vertébrale est presque effacée, matité, absence des vibrations thoraciques, souffle du haut en bas, mais avec une intensité particulière au sommet, qui contraste avec ce que l'on perçoit à la base. On diagnostique une pleurésie gauche, mais on se propose de recommencer le lendemain, un sérieux examen du malade.

Traitement. — Lait, chiendent nitré, vin diurétique, café avec 0,60 de sulfate de quinine, vin de quinquina.

25 novembre. — Même état que la veille ; le malade a bien dormi, le décubitus est indifférent sur les deux côtés ; on procède à un nouvel examen et l'on constate que la matité est générale du côté gauche en arrière, mais qu'elle est surtout accusée au sommet, (jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate,) et à la base. Les vibrations thoraciques sont très affaiblies à la base, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate ; au sommet, elles sont complètement abolies jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate ; il existe une zone intermédiaire large de trois travers de doigt environ, dans laquelle les vibrations sont conservées ou même exagérées. En arrière, et dans les deux tiers inférieurs, on entend surtout à l'expiration un souffle doux, un peu aigré. Au sommet, on perçoit un souffle, mais il est plus rude, tubaire, et se fait entendre aux deux temps.

Dans la partie moyenne, on entend la propagation des deux souffles précédents ; le souffle du sommet y est dominant, mais il s'atténue progressivement à mesure que l'on place l'oreille plus bas.

A la base, égophonie ; au sommet, bronchophonie.

En avant, les vibrations sont conservées, sauf au niveau du tiers externe de la région sous-claviculaire ; on entend la respiration normale, plus un frottement à toute la partie moyenne.

A droite, quelques râles de bronchite.

Le cœur n'est pas déplacé, le pouls est régulier.

Lorsqu'on cherche à interpréter ces signes physiques, on serait porté, en raison du souffle et de la matité du sommet, à s'arrêter au diagnostic du médecin de la ville : induration du

sommet de nature tuberculeuse, mais les *vibrations sont abolies absolument*, ce qui fait croire à M. Duguet qu'il y a au sommet une pleurésie dont l'épanchement est indépendant de celle de la base; nous serions donc ici en présence d'une pleurésie cloisonnée.

27 nov. — Urine 2,800, claire, sans albumine, expectoration aérée, abondante.

29 nov. — Les signes physiques persistent au sommet, absence de vibrations, matité complète, souffle tubaire aux deux temps. Bronchophonie.

A la partie moyenne, zone horizontale de submatité où les vibrations sont conservées. Souffle par propagation à la base, matité moins complète qu'au sommet, vibrations presque abolies, souffle doux, égophonie. En avant, le frottement pleural persiste.

La pleurésie est donc générale; sèche en avant, il y a en arrière un épanchement contenu dans des loges; le souffle tubaire du sommet indique que l'épanchement y est relativement abondant et la compression du poumon plus forte qu'à la base.

2 décembre. — Le malade n'a pas eu de fièvre depuis son entrée. Température : matin, 37° à 37°4; soir, 37°5 à 38°. Pouls, 85. Le malade se repose, il tousse moins et dort mieux, mais il accuse la même sensation de plénitude intra-thoracique. L'appétit est excellent, tout fait éliminer la tuberculose.

6 déc. — La matité du sommet est moins accentuée ou tout au moins le doigt qui percute éprouve une moindre résistance, les vibrations sont toujours abolies.

9 déc. — Il n'y a plus en haut qu'une matité légère, les vibrations sont moins complètement abolies, le souffle persiste. En bas, les vibrations reviennent, on entend la respiration lointaine, le souffle diminue.

12 déc. — Le frottement persiste en avant, le malade se sent beaucoup mieux. Urine, 2,400.

15 déc. — Les vibrations reparaissent au sommet, en bas elles sont presque normales, mais elles sont toujours plus accentuées dans la zone intermédiaire. A la base, on n'entend plus qu'un souffle voilé et lointain, tandis que celui du sommet persiste.

18 déc. — De jour en jour on perçoit les vibrations plus nettement au sommet; elles ne sont pourtant pas encore égales à celles du côté opposé.

22 déc. — Le souffle du sommet diminue dans la partie externe des fosses sus et sous-épineuses; on commence à percevoir le murmure respiratoire éloigné, le souffle n'est plus intense qu'en dedans au niveau du hile du poumon.

La partie antérieure frotte toujours, le malade se lève quelques heures par jour dans la salle.

26 déc. — Le souffle reste cantonné dans la moitié interne de la fosse sus-épineuse gauche, en dehors la respiration s'entend un peu faible; les vibrations y sont très nettes et normales.

27 déc. — Le malade s'est refroidi dans les couloirs ou dans les cabinets, il a une angine herpétique tonsillaire, la déglutition est difficile, la voix nasonnée, la gorge sèche. 40° le soir.

28 déc. — Temp. matin, 39°; soir, 39°5; on constate des points blancs sur les amygdales.

30 déc. — L'angine est presque guérie; on a été quelques jours sans ausculter le malade et l'on est tout surpris de constater que le sommet du poumon gauche en arrière est le siège de frottements qui annoncent que les feuillets de la plèvre reviennent au contact; or, l'on sait que l'incursion du poumon est très faible au sommet, et pour que l'on perçoive un frottement aussi net, il faut que les feuillets de la plèvre y soient rugueux et dépolis. Urine, 2 litres.

3 janvier. — Frottement toujours très net dans toute la portion externe de la fosse sus-épineuse; la toux ne modifie pas ce frottement.

6 janv. — État général excellent, le malade engraisse beaucoup.

8 janv. — Le souffle de la partie interne de la fosse sus-épineuse persiste quoique affaibli et sans râles, même après la toux.

10 janv. — La zone intermédiaire où les vibrations étaient conservées se confond maintenant avec les régions situées au-dessus et au-dessous; toutefois la respiration y est obscure.

20 janv. — Le malade reprend ses forces et se trouve aussi bien que possible, mais il se plaint encore de points de côté per-

sistants. Au niveau du hile du poumon, on perçoit un souffle assez fort, dû probablement à de l'adénopathie trachéo-bronchique, car le malade est strumeux et présente au cou de gros ganglions, notamment sous le sterno-mastoïdien droit au niveau de son attache supérieure.

Du côté gauche, la paroi thoracique présente en arrière une rétraction considérable au niveau de la base inférieure de sa pleurésie.

Il sort guéri le 31 janvier.

OBSERVATION H. — Communiquée par M. Jaccoud, à l'Académie de Médecine.

Pleurésie biloculaire à épanchement différent ; Pus, sérosité ; Thoracentèse ; Autopsie confirmant le diagnostic.

En 1870, un jeune homme atteint d'un vaste épanchement gauche avec dislocation complète des organes voisins notamment du cœur et du diaphragme.

Les phénomènes que j'ai décrits étaient d'une si parfaite précision que, quoiqu'ils se présentassent à moi pour la première fois, je n'hésitai pas à les interpréter comme signes d'un épanchement biloculaire, et, l'état du malade indiquant l'urgence de la thoracentèse, je résolus pour obtenir une démonstration exacte de mon opinion d'évacuer d'abord la loge inférieure. Une ponction pratiquée dans le 8^e espace en arrière de la ligne axillaire postérieure donne issue à un peu plus d'un litre de *sérosité liquide*.

Tandis que les modifications ordinaires révèlent alors dans toute la partie inférieure la perméabilité renaissante du poumon, je constate qu'au-dessus de la 5^e côte, tant en avant que sur le côté et en arrière, les phénomènes physiques primitifs restent immuables, et que l'autre épanchement demeure suspendu à la partie supérieure du thorax, dans une indépendance à laquelle la ponction n'a pu porter aucune atteinte.

Le lendemain, je ponctionne le 3^e espace intercostal et je retire de la loge supérieure 600 grammes de liquide *franchement purulent*. La confirmation de mon diagnostic était aussi nette

que possible, elle devait malheureusement l'être plus encore, car 5 jours après la 2^e ponction, le malade fut tué par une thrombose cardiaque.

J'ai trouvé les deux cavités partiellement remplies avec cette particularité que l'intérieur de la cavité qui avait donné par la ponction une sérosité limpide contenait alors du pus comme la supérieure. L'autopsie paraitrait en outre une bande d'adhérences courtes et solides existant du 5^e espace en arrière divisait par un trajet oblique, en haut et en avant la cavité pleurale en 2 loges sans communication. Au-dessus et au-dessous de cette bande, la surface du poumon et de la paroi était recouverte d'exsudats membraniformes, mais il n'y avait pas d'autres adhérences costales.

OBSERVATION III. — Communiquée par M. Moutard-Martin, à l'Académie de Médecine.

Pleurésie multiloculaire ; 4 ponctions en arrière, une ponction en avant et en haut ; Cœur déplacé sans retour ; Guérison.

Un jeune homme de 20 ans, envoyé à Menton, comme suspect de tuberculose, y contracte une pleurésie pour laquelle il est vainement traité pendant trois mois. La suffocation devenant imminente, le malade est ramené à Paris, où je suis appelé à lui donner des soins.

Je trouve le malade assis, étouffant, ayant le côté gauche tellement amplifié qu'il en avait l'épaule soulevée et une incurvation de la colonne vertébrale ; mais je constate une saillie sous-claviculaire énorme. Matité absolue dans toute la poitrine, silence complet dans tous les points accessibles à l'oreille, absence de vibrations vocales, déplacement du cœur refoulé jusqu'à droite du sternum.

Le diagnostic de l'épanchement était facile, mais la saillie sous-claviculaire et la matité absolue me firent diagnostiquer un cloisonnement antérieur.

La thoracentèse fut pratiquée en arrière avec la précaution de ne retirer qu'une petite quantité du liquide épanché. Je ne retirai donc que 700 grammes environ d'une plèvre qui pouvait contenir

5 à 6 litres de liquide. 4 ponctions furent faites dans le même point à la partie postérieure; le thorax s'affaissa d'une manière fort appréciable, quelques vibrations vocales se faisaient sentir et cependant la saillie antérieure persistait avec la même matité absolue et le même silence respiratoire.

Le doute n'était plus permis et une nouvelle *thoracentèse pratiquée en avant* dans le 3^e espace intercostal, donne issue à un litre de liquide séreux. Le malade guérit, mais le cœur ne put jamais reprendre sa position normale.

OBSERVATION IV. — Communiquée par M. Moutard-Martin, à l'Académie de Médecine.

Pleurésie multiloculaire; Ponction, guérison (purulente).

Barth fut appelé en province, pour voir une jeune fille de 11 ans, alliée à sa famille et chez laquelle il constata un épanchement assez abondant en arrière et à droite. Il fut rappelé au bout de 15 jours par le médecin traitant, qui signalait une grande aggravation et il me fit l'honneur de me demander. Nous trouvâmes l'enfant dans un état grave, mais Barth constata avec étonnement que l'épanchement avait disparu à la partie postérieure et que la respiration et les vibrations thoraciques y étaient à peu près normales, tandis que nous observions une voussure notable en avant avec une matité complète et silence absolu.

Le doute n'était pas possible, il existait un épanchement limité à la partie antérieure droite de la malade et l'état général me fit dire qu'il était purulent. La thoracentèse fut pratiquée et je retirai plus d'un demi-litre de pus. Cette seule évacuation suffit pour guérir la malade, qui est aujourd'hui une jeune fille de 16 ans. Je ne doute pas qu'il y ait eu une pleurésie séreuse en arrière, dont la résorption s'est faite en même temps qu'une loge antérieure suppurait.

M. Moutard-Martin, cite encore une troisième observation semblable aux deux précédentes. Il en a vu encore quelques autres cas, mais moins nets.

DIAGNOSTIC

Une des questions les plus importantes du sujet que nous traitons est assurément le chapitre du diagnostic. Nous supposons qu'on a reconnu l'existence de la pleurésie, il reste encore à déterminer le cloisonnement de la plèvre, la disposition du liquide dans les loges, l'abondance et la nature de l'épanchement, enfin, il serait intéressant de savoir si la pleurésie est panciloculaire ou multiloculaire; la solution de ces problèmes complètera le diagnostic.

Le clinicien placé en présence de ces cas de pleurésie cloisonnée, dispose-t-il des éléments nécessaires pour les reconnaître? Il est certain que ce diagnostic sera souvent difficile, impossible dans une première séance, il faudra voir et revoir son malade, recommencer un examen judicieux et méthodique; toutefois, l'attention étant depuis quelques années fixée sur ces faits, nous espérons qu'on arrivera souvent à les reconnaître.

Alors même qu'une pleurésie semblerait évoluer normalement, il pourra se présenter quelque particularité d'abord inexpiquée dont l'interprétation tiendra en éveil l'attention du médecin et l'obligera à des examens répétés de son malade. Ce sera, au milieu de la matité d'abord reconnue générale un point situé soit en avant, soit en arrière, où l'on ne trouvera que de la submatité et une

résistance moindre au doigt qui percute; ou bien on découvrira un *îlot* de vibrations (Obs. I, II) au milieu de l'absence générale de résonnance; d'autres fois, des souffles de caractère et d'intensité différente en divers points appelleront l'attention et permettront la découverte des signes précédents; ce sera enfin une voussure en un point de la paroi (Obs. III, IV) indiquant qu'il y a au milieu de la pleurésie générale un épanchement enkysté, indépendant et avec une tension supérieure qui lui permet de soulever les espaces intercostaux et les côtes correspondantes.

Mais si l'on n'a trouvé à son malade aucun de ces signes particuliers, on ne se défie pas, on méconnaît le cloisonnement de la plèvre et on se réserve des surprises à l'autopsie. Sous ce rapport toutes les observations antérieures à la communication de M. le professeur Jaccoud, manquent d'intérêt clinique, et, comme en réalité, on en recherchait pas les signes précédents, les erreurs qui ont été faites alors ne peuvent apporter aucun argument contre la possibilité de diagnostic. Tel est le cas des observations rapportées par Luigi Concato, dans son mémoire et dans l'appendice il avoue. « qu'il n'est pas encore arrivé à se méfier dans ces cas des surprises que l'autopsie lui préparait. »

Telle était, 25 ans auparavant, la conclusion de Wintrich, dans sa célèbre monographie, *Ueber die Krankheiten der Pleura*. « Savoir si une pleurésie est uniloculaire ou multiloculaire, c'est affaire de la nécropsie. »

Or, nous avons montré que ce diagnostic est possible dans certains cas, en dehors de la ponction et avant la ponction et qu'il peut devenir pour elle un guide vraiment utile (Obs. II, III, IV), car on évite alors d'enfoncer

le trocart où il n'y a pas de liquide, ce qui est aussi regrettable pour le malade que pour le médecin.

Mais si le cloisonnement de la plèvre a échappé au diagnostic par les signes physiques, il peut encore être reconnu par la thoracentèse qui est déjà, comme l'a dit M. le professeur Jaccoud, une autopsie de l'épanchement.

Si en effet, la ponction d'un épanchement que l'on supposait normal étant faite, rien ne sort par la canule, cela peut tenir à plusieurs causes : ou bien le trocart est obstrué par une fausse membrane qui se sera décollée du feuillet pariétal et aura fui devant lui, il suffit alors d'enfoncer le stylet pour rétablir la lumière et le liquide s'écoulera ; sinon, c'est que le trocart n'est pas entré dans une collection liquide ; on aura pénétré dans une fausse membrane en forme de cloison. Si alors, enfonçant de nouveau le trocart dans un point rapproché du premier, on obtient un écoulement de liquide, le diagnostic est certain, la cloison dans laquelle on a pénétré la première fois séparait deux loges voisines. Si après plusieurs ponctions, en quelque point qu'elles soient faites, le liquide ne s'écoule que goutte à goutte, il est probable qu'il est contenu dans d'étroites vacuoles, et si alors, comme le conseille M. Moutard-Martin, on obtient en cherchant à mobiliser le trocart une crépitation fine due à la rupture des cloisons, on a affaire non plus à une pleurésie cloisonnée, mais à une pleurésie aréolaire.

D'autres fois, la ponction a été suivie d'un écoulement de liquide, mais alors qu'on croyait être en présence d'un épanchement abondant, la quantité obtenue n'est pas en rapport avec les signes physiques que l'on avait observés,

et l'on sent bientôt le poumon venir frôler l'extrémité de la canule (Obs. X, XI), l'épanchement s'arrête alors, et en fait on a extrait tout ce que contenait la cavité dans laquelle on a pénétré. Si l'on examine de nouveau son malade, la sonorité et la respiration ont reparu dans les parties voisines du lieu de la ponction, mais la matité et tous les signes d'un épanchement persistent dans d'autres points généralement situés sur un plan plus élevé et où du liquide se trouve en quelque sorte suspendu dans une loge indépendante de celle que le trocart a évacuée (Obs. X, XI); la démonstration est alors aussi complète que possible et on possède toutes les indications nécessaires aux nouvelles ponctions, si l'on veut vider complètement la plèvre.

De tout ce qui précède, nous concluons qu'il est souvent possible de diagnostiquer les pleurésies cloisonnées soit avant, soit après la ponction. Un fait très remarquable, c'est que dans les 5 observations que Concato relate dans son mémoire, il n'a jamais été amené à faire la thoracentèse; or, n'est-il pas évident qu'une ponction l'aurait mis sur la voie du diagnostic? Ce qui aurait modifié certainement ses conclusions.

On pourrait confondre la pleurésie biloculaire avec la pleurésie interlobaire; celle-ci est intéressante par la disposition du foyer qui donne lieu à une zone de matité postérieure, oblique en avant et en bas et comprise entre deux zones de sonorité et de vibrations à peu près normales; cette zone de matité correspond sur la paroi à la direction connue de l'une des scissures des poumons. Dans la pleurésie biloculaire au contraire (Obs. I, II), la disposition de la matité et des vibrations est absolument inverse et l'on a une zone où les vibrations sont conser-

vées entre deux parties mates et qui ne vibrent plus. Dans la pleurésie interlobaire enfin, la vomique est beaucoup plus fréquente et suivie des signes d'un pneumothorax partiel au point où siégeait l'épanchement.

Dans une pleurésie cloisonnée avec enkystement supérieur et accompagnée de bronchite, le souffle du sommet peut donner aux râles sous-crépitaux une résonnance qui peut faire croire à du gargouillement; mais ce signe indiquerait une phtisie avancée et dans ce cas la marche de la maladie, l'état général du malade empêcheront l'erreur.

Les tumeurs de la plèvre et du poumon (cancer, etc.), présentent ce caractère que les vibrations sont transmises par elles en totalité aux points correspondants de la paroi.

Les kystes hydatiques à plusieurs loges et situés à la superficie du poumon ne pourront guère être diagnostiqués que par l'égophonie que l'on constate souvent dans la pleurésie, par la marche de la maladie et aussi par l'examen du liquide de la ponction.

Les vomiques sont assez rares dans les pleurésies cloisonnées; on pourrait alors croire à un abcès du poumon, surtout si l'on a affaire à un enfant; dans les deux cas on a du souffle, de la matité, mais la vomique est précoce dans l'abcès du poumon, elle se fait attendre plus longtemps dans la pleurésie; l'abcès du poumon est presque toujours consécutif à une pneumonie; le pus y est toujours mélangé d'une certaine quantité de sang; le pus de la vomique a une odeur plus fade, alliée.

Enfin, dans son *Traité de pathologie*, M. le professeur Jaccoud cite une variété de pleuro-pneumonie dans laquelle une combinaison particulière de la pneumonie

et de la pleurésie aurait pu donner le change. En effet, le lobe moyen complètement hépatisé et appliqué à la paroi par suite de son augmentation de volume donnait à l'épanchement pleurétique une disposition biloculaire, et il y avait aussi une zone vibrante entre deux zones de matité; les râles crépitants seuls et la nature du souffle auraient dicté le diagnostic. Nous n'avons, du reste, pas rencontré dans les auteurs d'autre exemple de cette variété.

La pleurésie cloisonnée, une fois reconnue, est-il possible de déterminer, approximativement, la quantité de liquide épanché? Cette détermination est beaucoup plus difficile que si la plèvre était libre de toute adhérence; en effet, dans les cas que nous étudions, le poumon retenu par les cloisons ne peut obéir librement à sa rétractilité et il y a une limite de distension pour les adhérences au-delà de laquelle l'épanchement reste forcément stationnaire. La percussion pourrait faire croire, en raison de la matité, à un vaste épanchement, alors que la ponction donne peu de résultats; c'est que la matité ne nous fait connaître que les dimensions en surface des loges en rapport avec la paroi; or, pour apprécier le volume du liquide, c'est-à-dire une mesure à trois dimensions, il faudrait pouvoir être fixé sur la forme des loges, sur leur profondeur, pour la détermination desquelles nous manquons d'éléments suffisants.

Enfin, le déplacement des organes (le cœur surtout), n'indique pas forcément un épanchement abondant, puisqu'il peut être produit par des brides membraneuses de même nature que les adhérences qui cloisonnent la plèvre.

Il est beaucoup plus facile, dans la plupart des cas, de

déterminer la nature de l'épanchement; on recherchera le signe de Baccelli, mais il n'a qu'une valeur relative en l'absence des phénomènes généraux, ceux-ci ont une importance beaucoup plus grande; si le malade a pris cette teinte pâle et terreuse des organismes qui font du pus, si l'appétit est perdu totalement, la fièvre plus persistante et plus élevée que dans une pleurésie simple, si on constate de l'œdème des parois; enfin, si la malade a évolué en plusieurs phases et n'a présenté ces symptômes graves que secondairement, on pourra pressentir la présence du pus dans une ou plusieurs des loges de la plèvre.

Les épanchements hémorrhagiques n'ont pas de caractères pathognomoniques; toutefois, l'anémie profonde et rapide du sujet, le contraste, quelquefois observé entre les signes d'un épanchement abondant et la non-disparition totale des vibrations thoraciques et surtout l'étiologie, pourront faire présumer le caractère sangui-nolent du liquide.

PRONOSTIC

La pleurésie cloisonnée, chez un sujet sain, se termine presque toujours par la guérison; son pronostic est donc assez favorable, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle soit, comme toute pleurésie, du reste, une maladie sérieuse qui doit toujours inspirer quelque inquiétude et qui, par l'irrégularité de ses allures, déjoue souvent les prévisions les plus rationnelles.

Les éléments du pronostic se tirent de considérations multiples, les unes empruntées à la maladie elle-même, telles que l'abondance de l'épanchement, sa nature, sa marche, ses complications; les autres ont trait au terrain sur lequel elle évolue, l'âge, l'état général du malade, l'existence ou l'absence de maladies diathésiques, et enfin les lésions locales de la plèvre (tubercules surtout), qui tiennent l'épanchement sous leur dépendance.

Ce ne sont point les adhérences qui constituent la gravité de la maladie; le danger, quand il existe, vient d'ailleurs; car un épanchement fibrineux n'est pas beaucoup plus grave dans une pleurésie cloisonnée; toutefois, ce cloisonnement est défavorable à la thoracentèse, parce que l'évacuation du liquide est plus difficile, les quantités de liquide extrait par l'opération sont moins considérables; il en résulte nécessairement que les ponctions doivent être plus nombreuses et quelquefois même répétées coup sur coup; mais si le cloisonne-

ment est défavorable à la thoracentèse, c'est pour les seules raisons que nous venons d'énumérer, car M. Moutard-Martin a montré qu'on pouvait ponctionner avec des succès fort encourageants. (Obs. III, IV.) — (Obs. de M. Duguet, VII, XIV.)

Les insuccès dépendent surtout de la nature de la maladie et des conditions qui lui ont donné naissance; en effet, les pleurésies qui évoluent sourdement, insidieusement, laissant après elle des fausses membranes organisées qui immobilisent en loges séparées le liquide sécrété plus tard par la plèvre, sont souvent des pleurésies diathésiques.

Si l'épanchement est purulent et généralisé à toutes les loges avec ce caractère, le pronostic sera fort grave, à cause de l'insuffisance de l'opération de l'empyème, lorsque les loges ne communiquent pas entre elles; cette opération en effet ne pourrait être efficace qu'à la seule condition de s'adresser à toutes les cavités qui contiennent le pus, et cela sera malheureusement presque toujours impossible.

Mais si au contraire une seule loge contient du pus, le pronostic est absolument différent, il y a une indication formelle à la considérer comme un abcès de la plèvre dont l'ouverture s'impose et l'évacuation du pus sera presque toujours suivie de la guérison du malade. (Obs. IV.)

Nous avons vu l'importance sémiologique que M. Moutard-Martin attribue au cloisonnement de la plèvre dans les pleurésies hémorrhagiques, il dénoterait la nature cancéreuse de la maladie; dans ce cas, le pronostic sera absolument grave et la terminaison fatale à courte échéance. Notons pourtant que ces caractères

existaient chez le malade de M. Duguet (Obs. VII) et que pourtant, malgré son âge avancé qui aurait pu faire penser au cancer, cette complication semblait ne pas exister.

Il nous reste à examiner un dernier point en vue du pronostic, à savoir si les pleurésies cloisonnées sont plus exposées que les autres à la transformation purulente; les observations que nous rapportons semblent prouver que lorsque cette transformation s'est produite, elle s'expliquait suffisamment par l'état de déchéance organique dans lequel se trouvaient les malades et il est fort présumable que tout autre épanchement chez eux aurait subi la même transformation; tant il est vrai que cette transformation à la suite des ponctions dépend surtout de la nature des pleurésies que l'on a ponctionnées. L'Observation VII est une preuve remarquable de l'innocuité des ponctions, puisqu'à la 7^e ponction chez un vieillard de 81 ans, l'épanchement hémorrhagique avait les mêmes caractères qu'à la première.

Après la guérison, quel sera l'avenir de ces malades atteints de pleurésie cloisonnée ?

Ils pourront reprendre leurs occupations et, au prix de quelques précautions, satisfaire à toutes les exigences de la vie commune, mais souvent ils continueront à souffrir de points de côté; de nouvelles adhérences se seront faites, la plèvre se constituera une *pars minoris resistentiæ* de leur organisme et le moindre refroidissement se traduira par des poussées inflammatoires de ce côté; ils resteront donc essentiellement voués aux pleurésies jusqu'au jour où les adhérences se seront multipliées à tel point qu'il y aura *symphyse complète*; mais alors l'expansion du poumon sera plus difficile, la gêne

circulatoire de l'organe retentira sur le cœur droit et des dangers d'un autre ordre seront créés pour le malade.

Le pronostic devra donc être réservé, même en présence des cas en apparence les plus favorables et malgré la guérison, on devra conserver des craintes assez sérieuses pour l'avenir du malade.

TRAITEMENT

Le cloisonnement de la plèvre dans la pleurésie présente des considérations très importantes au point de vue essentiellement pratique du traitement. Pour la médication interne, les indications qui déterminent la règle de conduite dans les pleurésies en général, peuvent s'appliquer, toutes choses égales d'ailleurs, à la pleurésie cloisonnée. Les révulsifs, les calmants, les purgatifs, les sudorifiques, le régime lacté, les diurétiques suffiront souvent à la guérison.

Mais si l'on est obligé de recourir à une intervention plus active, soit que l'on ait à pratiquer la thoracentèse, soit que l'on se propose de faire l'opération, de l'empyème, les formules générales que l'on trouve dans les auteurs doivent être modifiées pour la variété d'épanchement qui nous occupe. Nous avons été étonné de ne pas trouver de chapitre relatif à cette question dans le *Traité de l'aspiration* de M. Dieulafoy, ni même dans une *Revue générale* où Georges Hamolle résume les travaux les plus récents sur la thoracentèse, (*Revue des sciences médicales*) 1880.

L'opportunité de la thoracentèse a même été mise en doute dans les pleurésies cloisonnées, et dans sa communication à l'Académie, M. le professeur Jaccoud insiste sur ce fait remarquable que sur les six cas observés, les trois suivis de mort avaient été traités par la ponction,

tandis que les trois cas de guérison avaient été traités par les moyens médicaux ; aussi en conclue-t-il que ces pleurésies supportent impatiemment la thoracentèse et propose-t-il de restreindre la ponction aux seuls cas où l'on aurait à conjurer un péril immédiat et à « remplir « d'urgence l'indication vitale résultant d'une suffocation « imminente. »

Cette statistique est vraiment défavorable à la ponction, mais M. Moutard-Martin rapportait, peu de temps après, plusieurs cas de guérison et en concluait, que la thoracentèse n'est vraiment pas aussi meurtrière qu'on l'aurait pensé ; dans les observations annexées à notre thèse, la thoracentèse a presque toujours rempli son but qui est de soulager le malade et de faciliter la guérison.

Tout au plus pourrait-on accuser les ponctions lorsqu'elles sont souvent répétées de déterminer l'augmentation progressive du cloisonnement et par ce fait, en rétrécissant les loges, elles deviendraient de moins en moins efficaces. (Obs. XIII.)

La thoracentèse peut donc être utile dans les pleurésies cloisonnées, et en réalité elle l'est souvent. Nous pouvons en effet très-bien comparer sous ce rapport les pleurésies cloisonnées aux pleurésies enkystées, or tout le monde est d'accord pour admettre l'innocuité des ponctions dans ces dernières, il en sera donc de même pour les pleurésies cloisonnées qui ne sont autre chose en somme que plusieurs pleurésies enkystées du même côté de la poitrine.

Les indications de la thoracentèse dans la pleurésie cloisonnée sont tirées de l'état du malade ou des caractères de l'épanchement. La dyspnée et l'insomnie commanderont l'intervention comme dans la pleurésie ordi-

naire; il en sera de même de l'abondance du liquide, mais la quantité du liquide qui existe et surtout celle que l'on pourra extraire par la ponction sont souvent difficiles à déterminer, de sorte qu'il est impossible de bien préciser d'avance le service qu'on rendra à son malade par une ponction; on ne peut prévoir si une seule ponction suffira ou s'il ne sera pas nécessaire d'intervenir souvent.

Du reste, il n'est pas besoin d'un épanchement abondant pour que la thoracentèse soit utile et même indiquée; si nous nous rappelons, en effet, dans quelles conditions se trouve le liquide dans les loges de la plèvre, ces conditions ne sont rien moins que favorables à une résorption facile, à cause des fausses membranes qui les tapissent; ces épanchements seront donc caractérisés par leur peu de tendance à la résorption, et lorsqu'on aura constaté que cet état stationnaire se prolonge on pourra ponctionner sans que le liquide soit très abondant.

Si l'état général du malade semble indiquer la suppuration d'une ou de plusieurs loges, il faudra extraire le pus aussitôt et l'on constatera alors de véritables résurrections. (Obs. IV, IX.)

Les indications tirées du déplacement des organes sont ici moins absolues; en effet, ces organes, le cœur en particulier, peuvent être refoulés par l'épanchement, mais souvent aussi ils sont déplacés par des brides membraneuses de même nature que les cloisons de la plèvre et qui les maintiennent d'une manière définitive dans leur position vicieuse. Dans les observations III et X la ponction n'a pas eu pour effet de ramener le cœur à sa place.

La thoracentèse est donc parfaitement indiquée en

l'absence de complications graves et lorsqu'il y aura des insuccès on pourra en accuser le malade bien plus que la maladie elle-même et, en effet, quelle est la classe de malades chez lesquels on rencontrera le plus souvent les pleurésies cloisonnées ? Ce sont des individus sujets aux poussées pleurétiques et en particulier aux formes sèches adhésives ; ils sont le plus souvent diathésiques et principalement en puissance de la diathèse tuberculeuse ; or l'on sait que les pleurésies dans ces cas sont défavorables à la ponction et, chez ces malades, il est probable que la thoracentèse sera moins innocente et remplira moins son but ; en dehors de ces faits, la ponction restera une intervention sans gravité dans tous les cas et utile presque toujours.

La principale contre-indication résulte donc de l'état du malade, il en est une autre qui dépend de la maladie elle-même ; c'est dans le cas où les ponctions sont inefficaces à cause de la minime quantité du liquide qu'on retire à chaque fois, on arrivera à cette certitude lorsqu'après cinq ou six ponctions faites en des points différents et indiqués par les signes physiques on n'aura obtenu que très peu de liquide et comme les ponctions restent sans résultat pratique on sera réduit au traitement médical comme seule ressource.

Les indications et les contre-indications étant connues, il nous reste à spécifier les conditions particulières dans lesquelles la ponction doit être faite. Et d'abord il n'existe plus dans ces cas de point d'élection, il faut élargir la formule des auteurs et la remplacer par la suivante qui seule a le mérite de s'appliquer à la généralité des cas ; *il faut ponctionner là où est le liquide.*

Si, en effet, par suite d'opinions préconçues, on s'obs-

tine à ponctionner au prétendu lieu d'élection, on s'expose à une ponction blanche parce que le trocart n'a pas su trouver le liquide et l'on sait combien ces faits sont regrettables dans la pratique; dans ces cas, on ne sait si l'on doit s'étonner davantage ou de l'obstination de l'opérateur à faire de ponctions sans résultat ou de la docilité du malade à les subir alors qu'il n'en retire aucun soulagement.

Dans les pleurésies cloisonnées, on pourra donc avoir à ponctionner partout où la cavité du thorax est accessible à la pointe du trocart, c'est-à-dire partout, sauf à la partie postéro-supérieure qui est recouverte par l'omoplate, encore est-il possible, par certains mouvements du bras, de faire glisser cet os sur les parties molles et d'augmenter ainsi le champ opératoire.

Toutefois, l'on évitera de ponctionner en avant dans la région sous-mamelonnaire à cause des adhérences possibles du diaphragme aux côtes, comme dans le cas malheureux de Girgensohn. (Obs. XV); à droite, il n'est pas possible de distinguer la matité du foie de celle de l'épanchement et les adhérences du diaphragme, quand elles existent, attirent en haut le foie.

Dans les pleurésies cloisonnées, on est obligé de faire au moins autant de ponctions qu'il y a de loges principales; et alors on se trouve dans deux conditions bien différentes: ou bien, comme dans l'observation si remarquable de M. Jaccoud, on a diagnostiqué les cloisonnement de la plèvre, on sait d'avance où sont les loges et les cloisons principales qui les séparent et l'on peut régler d'avance, dans tous ses détails, l'opération que l'on se propose (Obs. II); il en eût été de même de notre malade (Obs. I), si la ponction avait été nécessaire.

Où bien, le cloisonnement de la plèvre n'a été reconnu qu'après une ponction parce qu'on n'a obtenu qu'une quantité de liquide qui ne répond pas aux signes physiques constatés (Obs. III, X, XI); alors, il faut ausculter de nouveau son malade pour savoir où se trouve cette loge qui persiste et que l'on n'a pas vidée. Après cet examen et surtout après quelques ponctions suivies de la même exploration, on a toutes les données nécessaires pour établir en quelque sorte la *topographie* de la plèvre et on serait capable de faire une *représentation schématique* des principales cloisons; on sait qu'à tel niveau se trouve une loge assez vaste, qu'en tel autre point on n'obtiendrait rien ou presque rien et l'on arrive alors à posséder des notions aussi précises qu'il est possible de le désirer. (Obs. VII.)

Lorsque les cloisons sont de formation récente, elles se rompent assez facilement et semblent se présenter dans des conditions qui favorisent l'évacuation des loges de la plèvre par un nombre de ponction moins considérable (Obs. VI, XIV); en effet, les mouvements de la canule, l'introduction du mandrin permettent de rompre les cloisons voisines du point ponctionné et d'évacuer le contenu des loges qu'elles constituent; quant à celles qui se trouvent en dehors de l'action directe du trocart, il semble qu'elles puissent se rompre (Obs. VI, XIV), sous la triple influence de l'aspiration pratiquée avec force, de l'élasticité pulmonaire et du poids du liquide.

Si l'épanchement est purulent et que la thoracentèse n'a pas soulagé le malade il faut recourir à l'opération de l'empyème qui permettra de drainer la cavité et sera surtout favorable dans le cas où les loges sont peu nombreuses et communiquent entre elles. Ce mode de trai-

tement pourra avoir deux résultats différents : ou bien la cavité se rétrécit graduellement, se cicatrise et tout rentre dans l'ordre; ou bien la suppuration continue pendant des mois, des années, parce que la cavité est tapissée de fausses membranes épaisses ou que le poumon bridé par des adhérences qui l'attirent dans d'autres directions ne peut combler le vide. Dans ce cas, on faciliterait la rétraction de la paroi par la résection de plusieurs côtes, d'après le procédé d'Estlander.

OBSERVATION V. — Recueillie dans le service de M. Duguet.

Pleurésie cloisonnée ; 3 pleurésies successives.

C..., né à Pragny (Moselle), commissionnaire, 53 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 5 janvier 1883, salle Saint-Vincent, n° 20.

Cet homme n'a jamais fait de maladies graves. Ses antécédents héréditaires sont nuls ; il a contracté, en raison de sa profession des habitudes alcooliques.

Depuis plusieurs années déjà, il se plaint de douleurs vives, de tiraillements dans le côté gauche. La respiration est devenue courte et laborieuse, il s'essouffle facilement. Au mois d'octobre, il a été soigné en ville pour une pleurésie gauche qui le tint six semaines au lit ; sa pleurésie siégeait probablement à la base, si l'on en juge par les vésicatoires dont il porte encore les traces à son entrée à l'hôpital. La pleurésie n'a probablement pas été bien guérie, car il n'a jamais pu reprendre réellement son emploi. Comme il souffre toujours de points de côté et qu'il éprouve la même difficulté pour respirer, il entre à notre service.

Nous constatons que du côté gauche, la poitrine paraît un peu bombée sous la clavicule, les mouvements du thorax sont beaucoup moins étendus de ce côté.

A la palpation, les vibrations sont affaiblies en arrière et en haut ; en avant elles sont complètement abolies sous la clavicule. Toute la région sous-claviculaire, jusqu'au mamelon, est le siège

d'une matité presque complète, limitée en bas par une ligne oblique en dehors. En arrière, la poitrine résonne mal dans la partie inférieure, submatité dans la fosse sous-épineuse.

A l'auscultation, respiration obscure et éloignée dans la partie inférieure du côté gauche en arrière, un peu plus nette dans la partie supérieure; en avant, absence du murmure respiratoire et souffle doux à l'expiration avec égophonie sous la clavicule. Nous avons donc là un épanchement sous-claviculaire et probablement, en arrière et en bas, le reliquat de la pleurésie antérieure.

L'appétit est un peu diminué, les nuits sont moins bonnes. Température le soir aux environs de 38°5.

Décubitus indifférent sur les deux côtés.

Traitement. — Lait, vin diurétique, chiendent nitré.

15 Janvier. — L'épanchement sous-claviculaire diminue, le souffle est presque disparu; la respiration s'entend de nouveau mais lointaine, les vibrations manquent toujours.

Le 26, on ne constate plus sous la clavicule que de la submatité, les vibrations reparaissent, mais encore faibles, la respiration est un peu rude, soufflante à l'expiration. En bas et en arrière, on a toujours de la submatité, mais les vibrations sont anormales. Rien du côté du poumon droit, ni du côté du cœur.

Le malade a besoin de sortir pour affaires de famille.

Le 2 février, il reprend ensuite son métier, souffrant toujours par moments de points de côté.

Il rentre au service le 18 avril, cette fois c'est du côté droit qu'il souffre le plus.

En avant et à droite, faiblesse excessive de la respiration, submatité, les vibrations sont conservées; en arrière et en bas, submatité, affaiblissement marqué des vibrations, respiration faible et éloignée sans souffle bien net. Quelques râles sibilants dans les deux poumons, emphysème pulmonaire.

Du côté gauche, il ne semble pas que la pleurésie ait reparu, mais la respiration y est toujours faible; tout ce côté vibre bien.

2 mai. — L'épanchement a disparu progressivement, actuelle-

ment on entend quelques frottements à la base droite en arrière. La bronchite est guérie.

Le 13 mai, il sort de l'hôpital ; on lui recommande beaucoup de précautions.

OBSERVATION VI. — (M. Duguet).

Pleurésie multiloculaire ; Pus ; Sérosité ; Thoracentèse ; Empyème ; Guérison.

(Nous tenons de M. Duguet, l'histoire résumée d'un malade de la ville, bien sympathique au corps médico-chirurgical des hôpitaux de Paris, et aujourd'hui, après bien des vicissitudes, presque entièrement guéri.)

Chez un malade, âgé de 42 ans, rhumatisant, pris d'accès violents de fièvre intermittente dans un voyage en Italie, au mois d'août 1882, se déclare une pleurésie droite. Il rentre à Paris, les diurétiques, les purgatifs et les vésicatoires appliqués sur le côté droit n'empêchent pas le liquide de monter jusque sous la clavicule, d'abaisser le foie, de distendre le thorax au point de donner 45 centimètres à droite, 41 à gauche ; la fièvre est modérée.

La 1^{re} ponction est faite par M. Duguet, à l'union de la ligne mamelonnaire et du bord antérieur de l'aisselle (5^e espace), le 22 septembre. Il en sort 2 litres et demi d'un liquide clair, citrin, transparent.

Après une dizaine de jours d'une amélioration trompeuse, la fièvre reprend et le 11 octobre, une 2^e ponction est décidée, mais cette fois en arrière, en raison de la localisation très nette du liquide en ce point ; le thorax mesure 43 centimètres à droite, 41 à gauche ; la ponction faite immédiatement au-dessous et en dehors de la pointe de l'omoplate donne un demi-litre seulement d'un liquide louche composé de sérosité et de leucocytes nombreux. Nouvelle amélioration trompeuse pendant quelques jours, puis reprise de la fièvre plus intense que jamais, signes manifestes d'un envahissement nouveau de toute la plèvre par du liquide ; vibrations thoraciques presque abolies, souffle loin-

tain, matité complète, absence de respiration, léger œdème de la paroi.

Une 3^e ponction est pratiquée par M. Duguet, le 31 octobre, dans le 9^e espace en arrière, à l'union du plan postérieur avec le plan latéral; soupçonnant la présence du pus, il emploie le plus gros trocart de l'appareil Potain. Rien ne sort par la canule lorsqu'on retire le trocart. On fait mouvoir légèrement la canule et on y introduit un mandrin, même résultat négatif. Nouvelle manœuvre avec l'extrémité de la canule laissée en place après nouvelle introduction du mandrin, un *jet de pus* s'échappe et l'écoulement s'arrête aussitôt. Nouvelle introduction du mandrin, nouveau mouvement de la canule dans la plèvre, un *flot de sérosité citrine* s'échappa et s'arrêta à son tour; réintroduction du mandrin, mouvement de la canule *nouveau flot du pus*, puis le jet s'arrête; le mandrin est réintroduit, la canule de nouveau remuée dans la plèvre, nouvelle *issue d'un liquide séreux citrin* qui s'arrête au bout de quelques secondes, cette manœuvre a été répétée dans l'espace de 10 minutes une dizaine de fois, avec des résultats identiques avant d'obtenir un *écoulement régulier et ininterrompu de 2 litres et demi d'un pus désormais sans mélange*.

Plus tard, le liquide se reproduit et l'on dut recouvrir le 16 novembre à l'empyème.

Réflexion. — Jamais démonstration plus évidente n'a été donnée sur le vivant d'une pleurésie multiloculaire. La canule pénètre d'emblée dans un tissu aréolaire et ce n'est qu'en rompant des cloisons que les cavités se vident l'une après l'autre du pus ou de la sérosité qu'elles renferment, et ainsi de suite à plusieurs reprises jusqu'à ce que les cloisons se rompent successivement de tous côtés, à partir du point ponctionné sous la triple influence de l'aspiration pratiquée avec force, de l'élasticité pulmonaire et du poids du liquide.

OBSERVATION VIII. (M. Duguët.) Résumée. — Communiquée
par M. Duguët à M. Robert Moutard-Martin (Thèse.)

*Pleurésie droite hémorrhagique multiloculaire chez un vieillard
de 81 ans ; 14 litres en 7 ponctions.*

1 ^{re}	ponction,	28 octobre,	5 ^e	espace intercostal,	3 litres.
2 ^e	—	3 novembre,	6 ^e	espace,	1,900 gr.
3 ^e	—	12 —	6 ^e	—	400 gr.
4 ^e	—	14 —	6 ^e	—	(20 cent. en arrière), 3 lit.
5 ^e	—	23 —	5 ^e	—	en arrière, 2 litres.
6 ^e	—	3 décembre,	6 ^e	—	ligne axillaire, rien.
6 ^e	—	3 —	6 ^e	—	20 cent. en arrière, 900 gr.
7 ^e	—	7 —	6 ^e	—	2,500 gr.

Th..., né en 1796, a toujours joui d'une bonne santé ; il eut deux fois le ver solitaire dont il se débarrassa facilement. En 1867, il eut une pleurésie droite qui guérit rapidement. En mars 1877, il se plaignit de nouveau d'essoufflement et d'oppression, on reconnut l'existence d'une pleurésie double plus marquée à droite avec anasarque ; cette fois encore il fut rapidement guéri. Vers la fin de septembre, l'oppression revint à la suite d'une bronchite et l'on constata une pleurésie droite ; le traitement ordinaire resta sans succès, la suffocation devient menaçante et M. Duguët fut appelé en consultation.

Facies un peu cyanosé. Pouls bondissant 90. Orthopnée. Toux fréquente, expectoration verdâtre, abondante. Urine rare. Insomnie constante ; le malade passe la nuit dans des angoisses terribles. Le cœur est à sa place, le poumon gauche respire bien. Du côté droit, immobilité à peu près complète du thorax ; vibrations diminuées en avant et en arrière, matité dans toute la hauteur jusque sous la clavicule. Souffle tubaire, bronchophonie et pectoriloquie aphone surtout dans la moitié supérieure. R. 36.

La ponction faite au lieu d'élection (5^e espace) donne 3 litres de liquide analogue à du sang veineux. Le malade resta assis tout le temps de l'opération et son oppression diminua progressivement. Les nuits suivantes furent calmes, sans fièvre. P. 90. R. 18. Sueurs abondantes.

A l'examen du thorax, sonorité et respiration presque nor-

males sous la clavicule ; à partir du mamelon, la matité reparait. Vibrations thoraciques reparues en avant, faibles en arrière, surtout en bas. Submatité dans la fosse sus-épineuse, matité au-dessous.

1^{er} novembre. — Le malade éprouve chaque jour de l'amélioration depuis la ponction du 28 octobre. Cependant l'insomnie persiste avec une légère oppression. L'appétit reste presque nul. Pouls large, régulier, 90. Resp. 18-20. Pas de fièvre.

La sonorité et le murmure vésiculaire persistent sous la clavicule, mais en arrière le souffle tubaire reparait dans la partie moyenne pendant l'expiration et accompagné de bronchophonie. Il est incontestable qu'une certaine quantité de liquide s'est reproduite.

3 novembre. — Pouls plus petit, 110, retour de l'insomnie et de l'oppression. Respir. 32-36. Matité générale sauf sous la clavicule où l'on perçoit le bruit de skoda sur une hauteur de 2 travers de doigt. Vibrations thoraciques très affaiblies. Le souffle tubaire s'étend en arrière, sous l'aisselle, et en avant dans la partie située au-dessus du foie.

En présence de cette aggravation des symptômes, de l'orthopnée et de la cyanose, une 2^e ponction est faite au-dessous de la 1^{re} dans le 6^e espace ; on retira 1,900 gr. de liquide analogue au premier.

Le pouls redevient large, tombe à 90 et la respiration plus facile n'est plus que de 20 par minutes, le malade ne tousse pas et mange avec quelque plaisir.

Les nuits suivantes sont meilleures, l'état général est satisfaisant, le moral excellent.

La respiration s'entend dans le tiers supérieur, un peu rude en avant et en arrière, plus bas, elle s'obscurcit et se trouve remplacée par du souffle dans le tiers inférieur, les vibrations restent très faibles.

Le 12, on vient nous chercher en toute hâte pour faire une nouvelle thoracenthèse reconnue nécessaire par le médecin. La matité est redevenue complète en avant et en arrière où le tympanisme est reparu.

La respiration est presque nulle dans toute la hauteur.

La 3^e *ponction* est pratiquée dans le voisinage de la précédente, un peu en dehors, la piqûre est très douloureuse et donne issue à 400 grammes de liquide ressemblant à du sang pur. Un stylet introduit dans le trocart ne soulève aucun obstacle, on a évidemment évacué tout le contenu de la cavité dans laquelle a pénétré le trocart.

Cette ponction n'a amené aucun soulagement, l'insomnie, l'orthopnée persistent et l'on pratique le 14, au même niveau, une 4^e *ponction*, mais, cette fois, 20 centimètres en arrière dans la région dorsale ; on extrait 3 litres de liquide hémorrhagique ; le malade est soulagé. Le sommeil est réparateur, les nuits suivantes, la toux et l'expectoration ont presque entièrement disparu, cet état persiste jusqu'au 20.

Le 23, le liquide s'est reproduit, l'oppression a reparu et une 5^e *ponction* est pratiquée en arrière dans le voisinage de la dernière, mais dans l'espace situé au-dessus ; on obtient 2 litres de liquide de même nature, un mouvement brusque du malade a courbé la canule, mais il n'y a pas eu d'accident. Les jours suivants, la respiration est aisée, le facies et le moral sont excellents.

Le 3 décembre, les mêmes raisons qui ont déterminé les dernières ponctions nous conduisirent à une nouvelle, sans toutefois qu'il paraisse exister autant de liquide.

Le malade redoute la ponction en arrière, nous eûmes la faiblesse de céder et de la faire en avant sur le côté, non sans lui avoir objecté que nous nous exposions à ne rien rencontrer en raison de la 3^e ponction, qui faite à ce niveau n'avait donné que 400 grammes de liquide. *Ponctionnant* donc le 6^e espace dans la ligne axillaire, nous n'obtinmes rien, un stylet introduit dans la canule, ne rencontre que des fausses membranes et ne fait venir aucune goutte de liquide ; nous eûmes alors la certitude, chose que nous soupçonnions bien, que nous avions vidé déjà une grande poche située en avant et qu'il en existait une autre en arrière, en un mot que la plèvre était cloisonnée. En effet, portant le trocart à 20 centimètres en arrière, nous obtinmes par cette 6^e *ponction* 900 grammes de liquide et le malade malgré la vive douleur des 2 piqûres se sentit soulagé.

Le 7, de nouveaux accidents menaçants ont bientôt reparu, nous pratiquons une 7^e ponction qui donne 2 litres et demi de liquide coloré en rouge.

Le 17, le souffle et la matité ont un peu reparu depuis quelques jours en bas et en arrière, mais moins qu'après les ponctions précédentes. Le cœur s'affaiblit de jour en jour,

Le 24, le malade maigrit visiblement, ses forces diminuent.

Le 28, M. Th..., a le sentiment de sa fin prochaine.

Le 31, le malade respire avec calme, ne se plaignant de rien, il déjeune encore assez bien quand, vers 8 heures du matin, il s'éteint en quelques instants.

D'accord avec les médecins du malade, nous croyons qu'il a succombé non pas directement par le fait de sa pleurésie, qui dans les derniers jours était manifestement en voie de résolution, mais par suite de l'affaiblissement progressif du muscle, cardiaque survenu sous l'influence de l'âge et surtout de l'affection longue, épuisante et grave dont il était atteint.

OBSERVATION VIII. — Blanquinque. (Communication faite à la Société Médicale de l'Aisne.)

Pleurésie purulente multiloculaire ; Thoracentèse ; Empyème ; Mort ; Autopsie. (Trois ponctions sans succès au lieu d'élection.)

M..., soldat au 29^e d'artillerie, souffre dans le côté droit, à la suite d'une chute de cheval ; il arrive à l'Hôtel-Dieu de Laon, le 21 février 1879, avec le diagnostic de pleurésie droite.

Pas d'antécédents pathologiques.

Dyspnée, sueurs la nuit, état saburral des voies digestives. Temp. suiv. 39° 6. Peu de toux.

Matité considérable à droite, jusqu'à la clavicule, avec suppression des vibrations thoraciques ; dans les parties supérieures, souffle doux et voilé.

A gauche, sonorité normale, aucune lésion.

Les jours suivants, la situation s'aggrave, orthopnée.

Le 4 mars, *ponction* dans le 5^e espace intercostal, en avant de la ligne axillaire : l'instrument est enfoncé à 10 centimètres. Sans pouvoir rencontrer en arrière la cavité pleurale, la *ponction* est recommencée en arrière sans plus de succès ; la main sent que l'extrémité du trocart est prise dans les tissus. Le malade ne crache pas de sang, il est évident que l'on a affaire à une pleurésie à adhérences multiples et résistantes ; la fièvre du soir et les sueurs font supposer qu'elle est purulente.

Le 6, *nouvelle ponction* dans le 6^e espace sans résultat, et cependant j'étais sûr qu'il y avait du liquide dans la plèvre, comme le prouvaient la matité et l'absence de vibrations. Sous la clavicule, le souffle était intense.

Le 16, l'état s'est aggravé, amaigrissement, œdème de la paroi, dilatation de ce côté ; avant de faire l'empyème, je tente encore une fois la *thoracentèse* dans le 5^e espace, mais plus en arrière que les fois précédentes, et je retire 1,180 gr. de liquide purulent sans odeur, injection iodée, le malade est soulagé, la dyspnée a diminué, la sonorité a reparu sous la clavicule.

Le 22, *nouvelle ponction* au même point, 1,250 gr. pus, injection iodée.

Le 4 avril, apparition à l'endroit des premières ponctions d'une tumeur fluctuante qui crève et donne issue à du pus sans odeur ; cet écoulement continue les jours suivants par un trajet oblique et fistuleux qui empêche l'accès de l'air dans la cavité.

Le 8 et le 9, le malade vomit 2 *crachoirs de pus*.

Amaigrissement considérable, fièvre hectique, 40°.

Je propose l'*empyème* que le malade refuse ; il ne se soumet à l'opération que 19 jours après.

Incision au-dessus de la 7^e côte, un peu en avant de la ligne axillaire ; très léger écoulement de pus, l'air ne pénètre pas non plus dans la poitrine ; le bistouri enfoncé à 12 centimètres ne trouve partout que des tissus résistants, mais point de cavité ; enfin l'air pénètre et une très petite quantité de pus s'écoule. On essaie, les jours suivants, les lavages phéniqués, mais le liquide ne pénètre pas. Pus horriblement fétide.

Mort le 7 mai.

Autopsie. — Plèvre droite très épaissie, cavité pleurale divisée par des fausses membranes en plusieurs loges communiquant plus ou moins entre elles; ces brides maintiennent le poumon droit en avant; il n'est éloigné que de 1 à 2 centimètres de la paroi thoracique; le pus est surtout accumulé en arrière, l'épanchement est cloisonné, et un foyer interlobaire peu considérable communique avec la cavité antérieure par un trajet probablement déterminé par l'une des ponctions.

Le poumon est farci de tubercules, relié au diaphragme et à la paroi costale antérieure, par des brides très résistantes.

Quelques tubercules seulement au sommet du poumon gauche.

L'auteur dit qu'il n'a pas observé la conservation localisée des vibrations due aux adhérences, mais il avoue ne l'avoir pas recherchée; il regrette de n'avoir pas connu à temps la communication du professeur Jaccoud à l'Académie, c'est du reste le reproche général que l'on peut adresser à toutes les observations antérieures à cette communication.

OBSERVATION IX. — (Lélu.)

Pleurésie purulente cloisonnée; L'une des cavités évacuée par l'empyème, l'autre par une vomique.

M... L..., né en Savoie, 42 ans, employé dans une fabrique de chocolat, est à Paris depuis 20 ans; il s'est créé par son activité une certaine situation, et depuis 13 ans est employé dans la même maison. Il a eu la rougeole à 5 ans, mais n'a jamais été malade depuis, ni blennorrhagie, ni syphilis; pas d'habitudes alcooliques.

Les parents sont morts de vieillesse.

En mars 1878, à la suite d'une grande fatigue, il fut pris d'un frisson intense et d'une violente douleur de côté à droite. Il se

fait appliquer quelques sinapismes que le médecin continue et de plus il le fait purger.

Le point de côté diminue, mais le malade est pris d'une toux sèche, quinteuse, sans expectoration, après quelques jours de repos, il reprend son travail malgré une dyspnée qui rend tout effort pénible, et se maintient ainsi jusqu'à la fin d'avril, il maigrit, perd l'appétit et compare sa toux à celle de la coqueluche. Il veut porter un fardeau très lourd qu'il est obligé d'abandonner en route, la respiration est si courte qu'il ne peut plus avancer et se fait ramener chez lui en voiture.

Le médecin ordonne un vésicatoire et une boisson nitrée. L. se tient un mois au repos, puis un peu soulagé, il retourne à ses occupations, malgré sa toux.

La dyspnée est plus forte le matin et le soir, les nuits sont tantôt bonnes, tantôt mauvaises, il a parfois des sueurs nocturnes et maigrit considérablement.

Vers le milieu d'août, n'y tenant plus, il se fait de nouveau traiter. Purgatifs, vésicatoires, diurétiques.

Le 10 octobre, M. Lélou est appelé. L. est dans le décubitus dorsal, la tête relevée par plusieurs oreillers ; la dyspnée intense ne va pas jusqu'à l'orthopnée. Facies pâle, amaigri ; lèvres et extrémités cyanosées. Voix affaiblie, paroles entrecoupées. Douleur dans le côté droit s'irradiant dans la région mammaire. Peau sèche. Pouls 120. Respir. 40. Temp. axillaire 39°5. Température locale plus élevée de 0,8 à droite. Œdème assez marqué de la paroi, les vibrations n'existent plus qu'au sommet mais très amoindries ; au-dessus de la fosse sous-épineuse elles sont abolies. Le foie déborde de 3 travers de doigt les fausses côtes.

Matité complète à droite.

A l'auscultation, frottement au sommet droit en avant et en arrière, absence de respiration. Pas de souffle. Sécrétion urinaire presque nulle, à peine un verre par jour, un peu d'albumine.

Cœur un peu refoulé à gauche.

La présence du pus dans la plèvre semble évidente.

L'empyème est pratiqué le 11 dans le 6^e espace. Il s'écoule deux verres d'un pus épais, grisâtre, très fétide ; injection iodée.

Le 12, le malade est toujours prostré, parle difficilement, se plaint d'une douleur dans l'épaule droite; il n'y a pas d'écoulement par le drain, il est évident que l'épanchement persiste.

Le murmure vésiculaire n'est perçu qu'au sommet avec quelques frottements, la matité persiste comme avant l'opération; la dyspnée est très intense. Temp. 41°2. Tout démontre qu'il reste du pus dans la plèvre et que ce pus est dans une loge située en arrière et indépendante de celle qui a été évacuée par l'incision.

Le 13, la nuit a été épouvantable, on a cru un instant que le malade allait mourir tant la dyspnée était grande.

La face est vultueuse, le malade a des nausées et fait des efforts pour vomir. Temp. 40°5.

Il y avait 20 minutes que j'étais près de lui quand il fit un effort de *vomissement* tellement violent qu'il inonda son lit de pus très fétide; le soulagement fut immédiat et la dyspnée diminua.

A l'auscultation, on entend en arrière une sorte de gargouillement et de souffle comme au niveau d'une caverne.

Le soir, la cyanose avait disparu, la dyspnée était presque nulle. Pouls 130°. Temp. 40°2. Toux encore fréquente, expectoration abondante.

A partir du 14, les accidents s'amendèrent, le malade eut encore 5 vomiques à 4 ou 5 jours d'intervalles, elles furent de moins en moins abondantes sans être moins fétides.

La plaie de l'incision qui avait une teinte blafarde devint rosée et se cicatrisa en quelques jours, le drain qui ne donnait plus de pus depuis 8 jours fut supprimé.

La dyspnée disparut dans l'intervalle des vomiques mais la toux persista longtemps. La convalescence fut rapide; le 10 novembre, le malade commençait à se lever et dans les premiers jours de janvier, il reprenait ses occupations.

Il restait une déformation de la paroi antérieure du thorax au-dessous de la région mammaire, un peu de submatité en avant et en arrière, surtout en bas, les vibrations restaient plus faibles à la base qu'au sommet.

Il eût été très intéressant d'analyser exactement les mouvements du thorax pendant les deux temps de la respiration, à cause de la probabilité des adhérences du diaphragme au niveau de la région sous-mamelonnaire. L'observation mentionne en ce point une rétraction de la paroi après la guérison, et la communication de M. Jacoud a montré l'intérêt pratique qu'il y a à diagnostiquer ces adhérences.

OBSERVATION X. (Clinique de M. Peter) Tome I^{er}, p. 574.

Un homme de 63 ans entrant le 11 juillet au n° 11 de la salle des hommes, il avait toujours joui d'une bonne santé et n'avait jamais eu d'affection thoracique. Deux mois avant, sans cause appréciable, il fut pris de frissons répétés, de toux opiniâtre et de dyspnée intense; il s'alita et appela un médecin qui fit appliquer successivement 8 vésicatoires sur le côté gauche; le même jour, il lui fit prendre une cuillerée d'huile de ricin qu'il répéta 43 jours de suite; malgré cette médication révulsive et dérivatrice à haute dose, le malade ne se rétablit pas et nous arriva dans l'état suivant: l'aspect est cachectique, la faiblesse excessive, il n'y a pas de fièvre dans la journée, mais le soir le malade éprouva une chaleur sèche, suivie de sueurs nocturnes. Les symptômes thoraciques sont une dyspnée habituelle, surtout manifeste, lorsque le malade essaie de gravir quelques marches, une toux assez fréquente sans expectoration, la douleur de poitrine a disparu.

Le côté gauche est dilaté, et en avant, les espaces intercostaux ne sont plus appréciables comme du côté opposé. La matité est complète, elle commence au-dessous de la clavicule jusqu'aux fausses côtes où elle est remplacée par une sonorité stomacale exagérée. En arrière, on trouve cette matité depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas.

Du côté gauche, on ne perçoit ni murmure vésiculaire ni bruits anormaux, partout le silence, malgré le soulèvement de la poi-

trine; léger souffle voilé et lointain dans l'aisselle avec tremblement de la voix transmise; dans la fosse sus-épineuse, la respiration est presque pure. Les vibrations thoraciques ont presque complètement disparu. A droite, le cœur bat sous le sternum dont il déborde le bord droit de deux travers de doigt, sans modification des bruits. Pouls, 80-84°.

La respiration est normale à droite; pas d'apparence de tuberculisation.

Le 30, je me décide à pratiquer la *ponction*, ne doutant pas, en raison de tous les signes physiques constatés et surtout à cause du déplacement du cœur que j'aurais 2 à 3 litres de liquide; quel ne fut pas notre étonnement, lorsque nous sentîmes, après avoir obtenu 800 grammes, que le poumon venait frotter contre la canule du trocart et que l'écoulement s'arrêta. Il n'y avait pas que cela d'insolite, d'abord la sérosité était sanguinolente, ce qui fit conclure à la présence d'épaisses fausses membranes pariétales vasculaires, mais ce qui était autrement étrange, c'est que le cœur resta déplacé comme devant et qu'on n'entendit pas davantage les bruits vésiculaires dans toute la partie antérieure de la poitrine.

En arrière, la sonorité revint et le murmure respiratoire reparut, mais seulement dans la partie supérieure, à partir du bord inférieur de l'omoplate, tout le côté gauche reste mat et silencieux. Ce n'était pas 800 grammes de liquide qui avaient pu refouler le cœur à droite et donner lieu à tous les signes énoncés, et pourtant il n'y avait que cela de liquide à l'endroit où la ponction avait été faite. La conclusion légitime est que la cavité pleurale était cloisonnée et probablement divisée en un certain nombre de loges distinctes et qu'une fausse membrane tendue verticalement du côté du médiastin était assez rigide pour maintenir le cœur dans sa position anormale, malgré la disparition d'une quantité de sérosité assez importante.

Le 20 août, 21 jours plus tard, 2° *ponction* à peu de distance de la 1^{re}; cette fois, j'obtins moins encore: il ne sortit que 220 grammes de sérosité, à peine teintée de sang, le poumon vint très vite frotter contre la canule; dans le cours de la journée, il s'écoula par la plaie un peu de liquide qui traversa

les pièces du pansement, les alèzes et les draps du lit ; le lendemain, l'écoulement avait cessé, la plaie était fermée.

A la suite de cette ponction, souffle amphorique dans toute la région latérale gauche, mais surtout intense au voisinage du creux axillaire ; en avant, léger souffle tubaire, persistance de la matité qui remonte toujours jusqu'à la clavicule ; on ne peut attribuer ce souffle qu'à la pénétration dans la poitrine d'une petite quantité d'air au moment où elle donnait issue à la sérosité.

En arrière, la respiration s'entend cependant sur une plus grande étendue qu'avant la ponction, mêlée à un peu de frottement, mais toute la moitié inférieure gauche conserve les signes d'un épanchement non douteux. La fièvre jusque-là nulle, sauf le soir, devint plus marquée. Temp. soir, 39°5 à 40°, l'état général devint pire encore, l'appétit se perdit, les membres inférieurs s'œdématisèrent.

Le 27 août, 3^e ponction un peu plus en avant que les 2 autres, cette fois ce fut du pus, j'en obtins un peu plus de 200 grammes, le malade fut très peu soulagé et s'éteignit le 6 septembre.

Autopsie. — Nous trouvâmes la plèvre médiastine rendue rigide par la superposition de fausses membranes épaisses et ardoisées, c'était évidemment cette cloison qui s'opposait au retour du cœur à sa place.

Le poumon était bridé par une coque pseudo-membraneuse qui en empêchait la dilatation complète.

La cavité de la plèvre était cloisonnée par 2 grandes fausses membranes qu'on avait déchirées en enlevant le plastron sternal. Dans les loges interposées entre ces fausses membranes se trouvait plus d'un litre et demi de sérosité purulente. Le trocárt avait toujours pénétré dans la loge antérieure, il aurait fallu ponctionner plus en arrière pour vider la loge postérieure.

OBSERVATION XI. (M. Duguet.) Résumée. — Communiquée à la Société anatomique, 1879.

Lymphadénome de la rate propagé au diaphragme et au poumon gauche ; Pleurésie cloisonnée ; Quatre ponctions.

Dav., 33 ans, maçon, entre une 1^{re} fois à Saint-Antoine le

7 août 1879. Ses parents vivent encore, il a 2 enfants en bonne santé. A 22 ans, il a eu une affection thoracique à gauche. Depuis 2 mois, il souffre d'une douleur de côté, à la base du thorax, ses forces ont baissé considérablement.

Le 28 août, la dyspnée a augmenté, on constate un épanchement à gauche, la matité remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate, les vibrations sont presque entièrement abolies.

1^{er} septembre. — Le liquide a augmenté, pas de voussure thoracique, orthopnée. *Ponction*, 6^e espace, ligne mamelonnaire sous le bord du grand pectoral, on obtient 250 grammes de liquide rougeâtre. Le malade est soulagé, mais les phénomènes objectifs persistent. Temp. 38° le matin, 39°4 le soir.

12 sept. — Une *nouvelle ponction* est nécessaire, on la fait dans le 7^e espace, au niveau du bord postérieur de l'aisselle, on ne retire que 80 grammes de liquide analogue au premier.

Le 13, frottements perçus sous l'aisselle, à la palpation on sent un gâteau ferme, douloureux, arrondi par son bord inférieur qui descend bien au-dessous des fausses côtes gauches.

Le malade sort le 17, pour affaires de famille.

Il rentre dans les premiers jours d'octobre, il s'est encore amaigri et se plaint d'un poids énorme dans l'hypochondre gauche; à ce niveau, les fausses côtes inférieures sont soulevées; percussion très douloureuse vers la limite inférieure de la matité.

Le 4, *ponction* dans le 7^e espace à la hauteur du mamelon sous l'aisselle. On tire 1 litre de liquide séro-citrin.

Les jours suivants le malade est soulagé; les phénomènes perçus en arrière ne se sont pas modifiés tandis qu'en avant la respiration est perceptible. Frappé de ce fait, M. Duguët pense que la pleurésie est cloisonnée et qu'on pourrait avantageusement ponctionner pour vider la loge postérieure.

Le 29, *ponction* en arrière dans le 6^e espace intercostal en dedans de l'angle de l'omoplate; on retire 900 grammes de liquide un peu foncé; la respiration se fait entendre en arrière comme en avant, le souffle disparaît. La tumeur dépendante de la rate semble augmenter de volume.

Le 18 novembre la faiblesse est devenue extrême, dysphagie,

l'œdème des membres inférieures gagne les parties supérieures.

Mort dans la nuit du 2 au 3 décembre.

Autopsie. — On trouve un lymphadénome de la rate étendu au diaphragme, à la plèvre, aux poumons et aux ganglions lymphatiques.

Des fausses membranes épaisses, d'aspect fibrineux, forment des cloisons irrégulières encore imprégnées de sérosité et paraissent circonscrire 4 ou 5 grandes loges; elles augmentent d'épaisseur vers la base et leur coupe est absolument lardacée.

OBSERVATION XII, résumée. — (Recueillie à la maison de santé par M. Pauffard, interne.)

X..., 30 ans, a depuis 6 mois une pleurésie, l'épanchement s'est produit lentement, elle a été 4 mois sans se soigner.

Le 5 octobre 1874, elle entre à la maison de santé.

Epanchement considérable à droite, matité complète; rien à gauche.

Le 6, M. Féréol retire 2,500 gr. de liquide sanguinolent; quelques accès de suffocation pendant l'opération, pas d'expectoration albumineuse; après la ponction les signes physiques ont peu changé, la malade a été mieux pendant quelques jours, puis de nouveau oppressée, elle réclame une 2^e ponction; les signes physiques sont les mêmes que la 1^{re} fois, toutefois il y a un peu d'égophonie et le souffle est moins fort à la partie moyenne en arrière, qu'en haut et en bas.

La ponction est faite un peu plus bas, le 16 octobre, il ne sort que 60 gr. de liquide, la malade n'est pas soulagée. Elle sort de l'hôpital sans amélioration, et succombe quelques mois après. A l'autopsie, la disposition multiloculaire de la cavité pleurale explique l'insuccès de la dernière ponction, car les signes physiques révélaient évidemment la présence d'une quantité considérable de liquide qu'on retrouva à l'autopsie.

OBSERVATION XIII, résumée. — Recueillie dans le service de
M. Blachez.

*Pleurésie multiloculaire; 4 ponctions; Cloisonnement de la
plèvre, consécutif aux 2 premières ponctions.*

1 ^{re} ponction	29 mars,	lieu d'élection	4 litres.
2 ^e	— 11 avril,	—	3 litres 080.
3 ^e	— 22 avril,	—	160 gr.
4 ^e	— 22 avril,	en avant,	250 gr.

Fer..., 51 ans, a eu un point de côté il y a 11 jours, à la suite d'un refroidissement; la dyspnée devint si vive qu'il dut cesser son travail, il entre au service le 27 mars 1877.

Voussure du côté gauche. La matité remonte en avant jusqu'à la clavicule, en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate. Souffle intense sous la clavicule, va en diminuant jusqu'au mamelon; plus bas, silence absolu. Cœur déplacé, pointe bat au creux épigastrique. Foie déborde de 2 travers de doigt les fausses côtes.

Le 27, on *ponctionne* au lieu d'élection et on retire 4 litres de liquide coloré en rouge. Soulagement progressif. Quinte de toux vers la fin. Il n'y a plus de matité dans la moitié supérieure, mais la respiration ne s'entend pas davantage; le cœur est revenu à sa place. Absence de vibrations et souffle dans les deux tiers inférieurs, bruit de frottement sans souffle dans le tiers supérieur.

Le 9 avril, l'épanchement s'est reproduit, tympanisme sous-claviculaire, matité totale sauf dans la fosse sus-épineuse, cœur de nouveau déplacé. Dyspnée.

Le 11, 2^e *ponction* au même point, 3 litres 080 de même liquide; le malade est de nouveau soulagé, il respire plus facilement et trouve le sommeil pendant les nuits suivantes.

Le 12, les vibrations ne sont plus abolies que dans le tiers inférieur, souffle expiratoire au-dessus.

Le 20, matité complète en arrière; elle remonte en avant à la 4^e côte. Le malade maigrit et se cachectise. Point de côté violent sur la ligne axillaire, transpiration la nuit, les traits s'altèrent, œdème de la paroi.

Le 22, la dyspnée est telle qu'on *ponctionne* au lieu d'élection, on ne retire que 160 gr. de liquide hémorrhagique; une autre *ponction* faite en avant donne 250 gr. de liquide très foncé et se coagulant facilement.

Le malade se cyanose, ne répond plus aux questions, s'affaiblit progressivement et meurt le 26.

Autopsie. — Le poumon gauche est refoulé dans le sinus costo-vertébral; à la périphérie, noyaux cancéreux de divers volumes; le centre est sain en apparence et pouvait respirer.

La plèvre viscérale est reliée à la plèvre pariétale par des tractus pseudo-membraneux limitant des cavités indépendantes les unes des autres; ces tractus n'ont pas la même consistance, la plupart ont un aspect finement réticulé et laissent voir le liquide contenu dans les loges qu'ils limitent.

Aucune de ces loges n'était capable de contenir un épanchement aussi abondant que celui qui a été obtenu pour les deux premières ponctions, la plus vaste renferme au plus 400 grammes de liquide citrin, d'autres plus petites renferment un liquide rougeâtre, d'autres du sang, quelques-unes une masse gélatineuse et tremblotante.

OBSERVATION XIV. — (Inédite.) Communiquée par M. Duguet.

Pleurésie cloisonnée; 2 ponctions; Guérison.

Un jeune homme de 30 ans, est soigné par M. Duguet, à l'hôpital Saint-Antoine, en 1881, pour une pleurésie aiguë du côté gauche. L'épanchement est abondant, la rate abaissée, le cœur refoulé, la matité absolue de ce côté et les vibrations abolies en avant jusqu'à la clavicule. La dyspnée très grande avec insomnie nécessite une ponction au lieu d'élection; elle est faite avec le trocart 3 de l'appareil Potain, à l'union de la ligne mammaire avec le bord antérieur de l'aisselle (5^e espace). Le trocart enfoncé et retiré, rien ne sort par la canule et cependant la ponction a été faite dans un point absolument mat sans vibrations thoraciques, sans murmure vésiculaire, lequel était remplacé par un souffle doux. Bien persuadé de se trouver en plein épanchement, mais tombé par hasard dans une cloison qu'un

mandrin introduit par la canule ne parvient pas à rompre, M. Duguet, retire la canule, et sans perdre un instant, ponctionne avec le même trocart dans l'espace immédiatement sous-jacent ; il en sort 2 litres environ d'un liquide citrin. Quinze jours plus tard, une 2^e ponction fut encore nécessaire, qui donna issue à 1 litre et demi environ du même liquide et le malade sortit quelques jours plus tard parfaitement guéri.

Il est incontestable que la première ponction a dû, par le plus grand des hasards être faite dans une de ces cloisons horizontales signalées par M. Jaccoud et que cette cloison aura été détruite après la ponction faite dans l'espace sous-jacent, grâce au poids du liquide de la loge supérieure et de l'aspiration pratiquée avec force au-dessous de cette cloison.

OBSERVATION XV. — Girgensohn, (Résumée), Petersburg, Méd. Wochenschrift, 1877, n° 8.

Pleurésie multiloculaire à plusieurs épanchements ; Pus ; Sérosité ; Adhérences costo-diaphragmatiques ; Thoracentèse ; Empyème ; Mort.

Une jeune fille de 21 ans a une pleurésie gauche dont on soupçonne la purulence, vérifiée par une ponction exploratrice. L'incision de l'empyème est faite dans le 6^e espace intercostal sur la ligne axillaire, il ne sort pas une goutte de liquide et l'autopsie montra que par suite des adhérences du diaphragme aux côtés, on avait pénétré dans le péritoine.

Quatre heures après, une ponction est faite dans le même espace, mais plus en arrière ; il sort un demi-litre de pus fétide. La malade meurt à 8 heures du soir. On avait pénétré cette fois dans une collection purulente, située entre le poumon et les côtes ; mais il existait un peu en avant une autre cavité remplie de sérosité pure et les deux loges étaient complètement séparées par des adhérences costo-pulmonaires, suivant une ligne paral-

lèle à l'axe du corps. Le diaphragme uni à la base du poumon est fixé à la paroi thoracique, depuis la 5^e côte jusqu'en bas, par des adhérences épaisses.

OBSERVATION XVI. (Luigi-Concato). — Traduite de la *Rivista Clinica di Bologna* et résumée.

Pleurésie biloculaire à épanchement différent.

Béatrice Cayazza, 30 ans, blanchisseuse est transférée à la clinique le 7 avril 1870.

En décembre dernier, elle avorta, perdit du sang pendant un mois, puis se mit à tousser en janvier; elle traîna ainsi jusqu'en avril, toussant, respirant mal, souffrant de la fièvre; la toux devint alors une torture intolérable, point de côté à droite, facies vultueux. Resp. 42, courtée, superficielle. Pouls 110. Temp. 38°6.

A l'examen du thorax, amplitude et immobilité du côté droit, vibrations diminuées, pression douloureuse, matité dans la fosse sous-claviculaire, submatité au-dessous jusqu'à la 7^e côte, puis de nouveau matité jusqu'à 3 doigts au-dessous. Murmure respiratoire à peine perçu. Œdème de la région dorso-lombaire.

En arrière, mêmes signes qu'en avant.

La malade est à toute extrémité et meurt en 48 heures.

Autopsie. — La cavité pleurale présente 2 compartiments séparés par une fausse membrane qui part du bord de la 4^e côte en avant jusqu'à la colonne lombaire. Il n'y a pas de communication entre les 2 cavités, la supérieure est remplie par un liquide séreux, limpide, l'inférieure contient environ 400 gr. de pus fétide. Le poumon est carnifié et infiltré de sérosité.

OBSERVATION XVII. (Luigi-Concato). — Traduite de la *Rivista Clinica di Bologna* et résumée.

Pleurésie à six loges: l'inférieure contient de la sérosité, les supérieures une matière gélatineuse.

L. Casali, 56 ans, blanchisseur, entre à la clinique le 20 avril 1864.

Les antécédents se réduisent à quelques douleurs rhumatismales et à deux pneumonies.

Il est malade depuis huit jours, il s'est refroidi à la suite d'un excès et a été obligé de se mettre au lit.

Etat de la poitrine à son entrée: en arrière et à gauche, murmure respiratoire affaibli de haut en bas; vibrations abolies jusqu'à la 5^e côte, vibrations un peu plus fortes au-dessus, à droite, respiration faible.

2 mois après, le malade mourut de consommation, les seules modifications qu'il présenta furent un souffle bronchique au niveau des 7^e et 8^e côtes, près de la colonne vertébrale.

Autopsie. — Les deux feuillets de la plèvre sont solidement unis en bas et en arrière; au-dessus du diaphragme, un demi litre de sérosité. Quelques suffusions hémorrhagiques et des granulations fibrineuses. La surface externe de la plèvre semble divisée en 5 lobes séparés par des sillons qui les isolent. Ces 5 lobes sont disposés sur 3 étages, le supérieur est le plus volumineux; l'étage moyen est formé de 3 lobes; l'intermédiaire a la forme d'un rein à concavité postérieure; le lobe inférieur a la forme d'un croissant dont la concavité répond aux 3 lobes de l'étage situé au-dessus, tandis qu'au-dessous de lui se trouve la sérosité accumulée au-dessus du diaphragme. Ces lobes sont distincts les uns des autres et se détachent sans peine des parties sous-jacentes. Ces lobes sont formés par une sérosité transparente, une gelée rosée, inodore, contenue dans des espaces aréolaires qui se déchirent à la moindre traction. Ces lobes peuvent être enlevés séparément et remplacés ensuite, ils forment une tumeur fluctuante à la pression, de consistance gélatineuse et laissant l'impression d'une vessie pleine de liquide. Au-dessus d'eux se trouve le poumon comprimé.

Du côté droit, adhérence des feuillets de la plèvre. Symphyse cardiaque.

CONCLUSIONS

I. — Les pleurésies cloisonnées sont généralement consécutives à une inflammation antérieure de la plèvre ayant déterminé des adhérences entre les deux feuillets de la séreuse.

II. — Elles sont biloculaires, multiloculaires ou se présentant sous la forme d'une pleurésie enkystée incluse au milieu d'une inflammation générale de la plèvre.

III. — Elles peuvent être diagnostiquées soit à l'aide des signes physiques, soit à l'occasion des ponctions que l'on est obligé de faire en vue du traitement.

IV. — Lorsqu'elles évoluent chez un sujet sain, le diagnostic n'est pas aggravé par le fait du cloisonnement de la plèvre.

V. — Elles sont souvent liées intimement à l'existence d'une diathèse (tuberculose, cancer).

VI. — La thoracentèse donnera des succès très fréquents, mais les ponctions devront être plus nombreuses.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Andral. — *Clinique médicale*, tome IV, 3^e édition.
Auenbrugger. — Edition de Corvisart, 1808, page 376. *De hydropneumothoracis*, observ. XII. *Monitorium ad medicos*.
Barth et Roger. — *Précis d'auscultation et de percussion*.
Blanquinque. — Note lue à la Société médicale de l'Aisne, le 15 mai 1879, insérée dans le *Bulletin de l'Union médicale du Nord-Est* (*Pleurésie purulente multiloculaire*).
Boiron. — Thèse de Paris, 1877. *Des produits pseudomembraneux de la plèvre et des modifications qu'ils apportent dans les signes physiques de la pleurésie*.
Concato. — *Di pleurite multiloculare*. *Rivista clinica di Bologna*, 1880.
Cornil et Ranvier. — *Anatomie pathologique*, tome II.
Danesi. — *Di pleurite multiloculare*. *Imparsiale*. Firenze, 1881.
Damoiseau. — *Archives générales de médecine*, 1843.
Delacou. — *De l'infiltration œdémateuse des fausses membranes pleurales ou pleurésie aréolaire*. Thèse de Paris, 1875.
Dieulafoy. — *Traité de l'aspiration*, 1873.
Damoiseau. — *Diagnostic de la pleurésie*. Thèse de Paris, 1845.
Duguet. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1879.
Estlander. — *Résection des côtes dans l'empyème chronique*. *Revue mensuelle*, 1879.
Fernet. — Article *Pleurésie* in *Dictionnaire de Jaccoud*, 1880.
Fiselbraud. — *Des vibrations thoraciques*. Thèse de Paris, 1876.
Girgensohn. — *Petersburg, med. Wochenschr.*, 1877, in-8.
Noël Guéneau de Mussy. — Académie de Médecine, 2 juillet 1879.
Grisolle. — *Pathologie interne*, tome II.
Hardy et Béhier. — *Pathologie interne*, tome II.
Homolle. — *Revue générale in Revue de Hayem*, 1880.
Jaccoud. — *Traité de pathologie interne*, tome II. Académie de médecine, 22 avril 1879.
Laënnec. — Edition de la Faculté, page 596.

- Laboulbène. — *Des vibrations thoraciques*. France médicale, 13 novembre 1878.
- Lemardeley. — *De la pleurite adhésive*. Thèse de Paris, 1874.
- Lélu. — France médicale, 1879, nos 26 et 27.
- Lépine et Balzer. — *Gazette médicale de Paris*, 1877, n° 7.
- Lereboullet. — *Des pleurésies multiloculaires*. Gazette hebdomadaire, 1879, nos 19 et 25.
- Maragliano. — *Dipleurite multiloculare*. Lo Salute di Genova, 1880.
- Martinez Mesa. — *Pleurésie interlobaire*. Thèse de Paris, 1879.
- Michelin. — *Recueil de médecine et de chirurgie militaire*, 1875.
- Moutard-Martin. — *Des pleurésies aréolaires*. Société médicale des Hôpitaux, 27 décembre 1872. Académie de médecine. Des pleurésies multiloculaire, 3 juin 1879.
- Moutard-Martin (Robert.) — *Des pleurésies hémorrhagiques*. Thèse de Paris, 1878.
- Peter. — *Clinique médicale*, 2^e édit., p. 574, t. I. — *Gazette des Hôpitaux*, 1869.
- Picot. — *Cas de pleurésie multiloculaire*. Sud-Ouest médical, Bordeaux.
- Raynaud (Maurice). — Académie de Médecine, 19 avril 1879.
- Saint-Philippe. — *Gazette de Bordeaux*, 1877, n° 21. — Communication à la Société médicale de Bordeaux.
- Trousseau. — *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. I. p. 873. — Ed. de Peter.
- William. — *Lectures on Diseases of the Chest*, London, 1840.
- Wintrich. — *Die Krankheiten der pleura* (Wirchow's Handbuch der Pathologie und Therapie), V. 2, Erlangen, 1854.
- Woillez. — *Traité de diagnostic médical*. Bulletin de l'Académie de médecine, 27 mai 1879.
-

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

- Anatomie.* — Articulation de l'épaule.
Physiologie. — Circulation du sang.
Physique. — Électricité statique et dynamique, effets physiques et chimiques de l'électricité.
Chimie. — Des alcools.
Histoire naturelle. — Des hirudinées; leurs caractères généraux; leur classification. Des sangsues.
Pathologie générale. — Des constitutions médicales.
Pathologie externe. — Des fractures du fémur.
Pathologie interne. — Des fièvres intermittentes.
Anatomie et histologie pathologiques. — Lésions du foie dans les différentes variétés de cirrhose.
Médecine opératoire. — De l'amputation de cuisse; parallèle des diverses méthodes.
Pharmacologie. — Des cataplasmes et des sinapismes. Quelles sont les féculs et les farines le plus souvent employées à leur préparation.
Thérapeutique. — Des indications de la médecine vomitive.
Hygiène. — Des bains.
Médecine légale. — De l'infanticide, des moyens de reconnaître la viabilité de l'enfant.
Accouchements. — Du forceps; ses indications et ses contre-indications.

Vu : Le Président de la Thèse,
DAMASCHINO.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

